Health Canada Sante Canada

SHARING THE LEARNING

The Health Transition Fund

SYNTHESIS SERIES

Primary Health Care

Canada

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

The opinions expressed in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any other reproduction, with acknowledgments, is encouraged.

This publication may be provided in alternate formats upon request.

For further information or to obtain additional copies, please contact:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Tel.: (613) 954-5995
Fax : (613) 941-5366

This document is available on the Health Canada web site: http://www.hc-sc.gc.ca

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-3
ISBN 0-662-66306-3

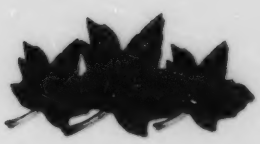
SHARING THE LEARNING

The Health Transition Fund

SYNTHESIS SERIES

Primary Health Care

Ann L. Mable & John Marriott
Marriott Mable



This report is one in a series of 10 syntheses of HTF project results covering the following topics: home care, pharmaceutical issues, primary health care, integrated service delivery, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, mental health, and children's health. The tenth document is an overall analysis. All are available electronically on the HTF website (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), which also contains information on individual HTF projects.

102-06296/

Executive Summary

The Health Transition Fund (HTF), a joint effort between federal, provincial, and territorial governments, was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform. Between 1997 and 2001, the HTF funded approximately 140 different pilot projects and/or evaluation studies across Canada. In order to communicate research evidence from the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each of nine theme or focus areas: home care, pharmacare, primary care/primary health care, integrated service delivery, children's health, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, and mental health. This document summarizes the key learnings from 65 projects in the primary care/primary health care theme area. It has been prepared by Ann L. Mable and John Marriott of Marriott Mable.

Primary Health Care in Canada

Primary health care is typically the first point of entry to the Canadian health system. It is linked to and often provides a referring or coordinating function for other specialized health care sectors as well as community services. Primary care, the medical model of response to illness, is part of the broader concept of primary health care. Primary health care recognizes the broader determinants of health and includes coordinating, integrating, and expanding systems and services to provide more population health, sickness prevention, and health promotion, not necessarily just by doctors. It encourages the best use of all health providers to maximize the potential of all health resources. For the purpose of this paper, organizations that embrace these characteristics will be referred to as *primary health care organizations.*

The essential elements of primary health care organizations include citizen participation and choice, gatekeeping, physicians working in groups, multidisciplinary and interdisciplinary teams of providers, rostering, capitation funding, comprehensive core services (including health promotion and sickness prevention, diagnosis and treatment, urgent care, 24-hours-a-day/seven-days-a-week coverage, and management of chronic illness), information systems (including electronic health records), an emphasis on quality, and the potential for vertical integration.

Sixty-five projects were reviewed for the Health Transition Fund (HTF) primary health care area. Four of these projects consolidated reporting on 25 primary health care model pilot project sites, for a total of 86 sites. Significant and relevant findings were examined under three themes: models and elements, capacity building, and relationship to the HTF evaluation framework. Findings relating to working in groups and multidisciplinary teams are addressed from a health human resources perspective. A number of provinces had some success in blending most or all of the essential elements of pilot primary health care models, attempting to maximize the potential that the interaction of all the elements can have over time. British Columbia and Ontario were the most successful in combining most of the elements in one form or another. Nova Scotia wanted to test blended capitation funding, but it elected, as Newfoundland did, to work with physicians on pre-existing alternative payment plans. An Alberta mobile primary health care team and the Eskasoni First Nation's primary health care organization in Nova Scotia also achieved success with some essential elements.

Experience with the elements of pilot primary health care models varied. The British Columbia government established initial rosters by examining patient billing records to ease the administrative burden on the providers. In Ontario, patients and

the new organizations benefited from discussions as part of a formal sign-up. Citizen participation enriched patient–provider relationships, which were evaluated through satisfaction surveys, and capitation funding resulted in three approaches. In British Columbia, the age–gender adjusted capitation funding formula included an additional adjustment for ill patients. One approach in Ontario is similar to that of British Columbia, whereas another uses capitation to define a billing cap against which physicians bill fee-for-service. Although the latter approach eases physicians' entry into the new model, it may provide fewer incentives for them to spend more quality time with their patients. All projects emphasized the importance of management and clinical information systems, including the establishment of a common electronic health record. Initiatives were committed to this direction with varying degrees of achievement. Information on a larger scale was the focus of one study that exposed serious problems with attempts to link provincial and territorial health insurance data necessary to the national, provincial/territorial, and regional evaluation of primary health care.

A number of projects focused on providing additional information, approaches, and tools to reinforce or build capacity for application in primary health care. The development of guidelines for prostate cancer in Quebec demonstrated some success in reducing laboratory testing. An evaluation of primary health care in Alberta produced useful indicators and a manual for evaluating information technology. A focus on populations supported cross-sectoral collaboration and linkages to support functional integration. A number of initiatives developed and/or evaluated programs for populations with chronic diseases. One diabetes project in Alberta succeeded in reducing the number of participants whose blood sugar was out of control from 64 to 22 per cent. A project in Nova Scotia that integrated mental health professionals at the primary health care site decreased waiting times by five to seven weeks and reduced emergency visits. A number of projects focused on populations at risk. One project was able to increase immunization in an Aboriginal population through improved communication with families. Pharmacists were able to work in partnership with physicians and seniors to improve compliance and to assess and make recommendations on the appropriateness of prescriptions. Other initiatives improved services for the mentally ill, victims of violence, and those in the farming environment. The new primary health care models and various aspects of the capacity building initiatives generally provided evidence and support for the six elements of the HTF evaluation framework: access, quality, integration, health outcomes/impact, cost-effectiveness, and transferability.

The roles of health human resources are evolving. The commitment to physician groups and multidisciplinary teams demonstrates the influence of primary health care reform on this evolution. Many questions are raised about the changing scope of practice, evolving working relationships, and potential new roles. Some projects applaud nurses as the first line of care in rural and remote environments and as evolving team members in primary health care organizations. Nurse practitioners (NPs) are receiving tribute from patients, physicians, and governments, which are amending laws to permit NP prescribing. Within the new primary health care organizations, physicians are moving from solo to group practices, which represent safer, more supportive and collegial environments that promote higher quality for providers' professional and personal lives. These potential benefits are equally valid for multidisciplinary teams. A number of projects explored, developed, and/or implemented collaborative working relationships with generally satisfactory results. Although the experiences with

providers other than nurses or physicians were promising, much remains to be done to maximize their potential roles and benefits in primary health care.

Many projects demonstrated the possibilities of population health approaches at the core of primary health care. The British Columbia pilots used a population-based approach to gathering information to support planning and evaluation of services. Many projects developed guidelines or programs for defined populations. A number of these initiatives were collaborative efforts involving primary care providers, providers in other health sectors, and, in some cases, staff in sectors outside of health, such as the school system.

A number of implications for policy and practice form the basis of the following recommendations:

- *Pilots or implementation:* The new primary health care models are based on sound organizational principles and experience; therefore, they should be implemented.
- *One model or many:* Federal, provincial, and territorial governments should consider a policy that accepts pre-existing as well as new models as either an interim or permanent approach within a primary health care framework.
- *Guidelines for implementing models:* Federal, provincial, and territorial governments, along with health professionals and others, should develop guidelines for implementing new models, including options for phased approaches and streamlined approaches for those able to move quickly.
- *Computers, information systems, and telehealth:* Federal, provincial, and territorial governments should consider a further study of information system requirements, including electronic health records, to develop viable options for selection.
- *Administrative simplicity:* Governments need to pay attention to efficient and timely program administration, particularly for the providers and staff of the new organizations.
- *Collaborative practice:* Systemic and other obstacles, including jurisdictional, regulatory, and funding issues, need to be addressed.
- *Joint education of providers:* Federal, provincial, and territorial governments should support recommendations in this area.
- *Nursing:* Federal, provincial, and territorial governments and other stakeholders should establish initiatives to develop national standards regarding terminology and scope of practice for nurses and other non-physician health providers.
- *Other providers:* Federal, provincial, and territorial governments should develop national standards related to the roles and contributions of primary health care organizations.
- *Continuing education support:* Federal, provincial, and territorial governments should explore ways to support developing and implementing innovative approaches.
- *Clinical practice guidelines and program development:* Research granting bodies and other funding agencies should continue their support for development in this area.

- *Public education:* Federal, provincial, and territorial governments should develop public education initiatives on all aspects of primary health care reform and models.
- *Success stories:* Federal, provincial, and territorial governments should work with initiatives and organizations to disseminate information about success stories.
- *Emergency versus urgent services:* A task force that includes representatives from the health professions and universities should examine policy and practice regarding urgent versus emergency care.
- *Information links and data standards:* Federal, provincial, and territorial governments should examine the incompatibility of provincial and territorial codes for physicians and hospital discharges and other data needed to evaluate primary health care in Canada.

The recent renewal of attention to primary health care is timely. The experiences of the HTF initiatives reinforce how potential benefits for health providers, health organizations, governments, and other stakeholders make the opportunity costs too high to disregard. Most important, the potential benefits of achieving and maintaining good health make this a national priority. It is through these experiences that progress in primary health care may be achieved.

Preface

In recent years, Canada's health care system has been closely scrutinized with a view to quality improvement and cost-effectiveness. Fiscal pressures and changing demographics are resulting in initiatives to explore how the efficiency of the health care system can be increased while ensuring that high-quality services are affordable and accessible. Within this context, there has been a need for more research-based evidence about which approaches and models of health care have been working and which have not. In response to this requirement for evidence, and on the recommendation of the National Forum on Health, the Health Transition Fund (HTF) was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform.

A joint effort between federal, provincial and territorial governments, the HTF funded 141 pilot projects and/or evaluation studies across Canada between 1997 and 2001, for a total cost of $150 million. Of that, $120 million supported provincial and territorial projects and the remaining $30 million funded national-level initiatives. The HTF targeted initiatives in four priority areas: home care, pharmaceutical issues, primary health care, and integrated service delivery. Various other focus areas emerged under the umbrella of the original four themes, including Aboriginal health, rural health/telehealth, seniors' health, mental health, and children's health.

The HTF projects were completed by the spring of 2001. In order to communicate the evidence generated by the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each theme area. This document summarizes the key learnings in the primary health care theme area. It has been prepared by Ann L. Mable and John Marriott of Marriott Mable.

Unique Nature of the HTF Projects

The HTF was quite different from other organizations that fund health-related research in this country, such as the Canadian Institutes for Health Research and its predecessor the Medical Research Council.

- It was a time-limited fund, which meant that projects had to be conceived, funded, implemented, and evaluated all in four years – a very short time in the context of system reform.
- It was policy-driven; policy-makers were involved in the project selection process, and wanted to focus on some of the outstanding issues in the four theme areas in the hope that results would provide evidence or guidance about future policy and program directions.

In order to encourage projects to address issues and produce results that would be relevant to decision-makers, the HTF developed an evaluation framework consisting of six elements (access, quality, integration, health outcomes, cost-effectiveness, and transferability). Each project was required to have an evaluation plan addressing as many of these elements as were relevant. In addition, all HTF projects were required to include a dissemination plan (for which funding was provided) in order to ensure that results were effectively communicated to those best able to make use of them. In addition to these individual dissemination plans, the HTF Secretariat is implementing a national dissemination strategy, of which these synthesis documents are one element. This emphasis on evaluation (systematic learning from the experience of the pilot initiatives) and dissemination (active sharing of results) was unique on this scale.

Most national projects were selected by an intergovernmental committee following an open call for proposals, while provincial/territorial initiatives were brought forward by each individual jurisdiction for bilateral approval with the federal government.

At both levels, applications came not just from academics in universities, or researchers in hospital settings, but also from non-traditional groups such as Aboriginal organizations, community groups, and isolated health regions. Groups that had rarely, if ever, thought in terms of research, evidence, evaluation, and dissemination began doing so, and these developments bode well for improved understanding and collaboration among governments, provider organizations, and researchers. The role of federal, provincial, and territorial governments in the selection process ensured that the projects delved into the issues that were of high concern in each jurisdiction. By the same token, there was considerable scope in the range of project topics, and the body of projects was not (and was never intended to be) a definitive examination of each theme.

This unique focus and selection process imparts specific features to the HTF body of projects. The projects that were funded represent good ideas that were put forward; they do not represent a comprehensive picture of all the issues and potential solutions in each of the theme areas. The relatively short time frame meant that many researchers struggled to complete their work on time and the results are preliminary or incomplete; some pilot projects might take a number of years to truly show whether they made a difference. This must be left to others to carry forward and further investigate. Perhaps the greatest value in the large body of HTF projects comes from the lessons we can learn about change management from the researchers' struggles and challenges as they undertook to implement and evaluate new approaches to longstanding health care issues.

Acknowledgements

The authors would like to thank Hollander Analytical Services Ltd. for its assistance in the preparation of this document. The HTF synthesis series was commissioned by Health Canada and managed by Hollander Analytical Services Ltd. The views expressed herein do not necessarily represent the official policy of federal, provincial or territorial governments.

Table of Contents

Executive Summary i
Primary Health Care in Canada i

Preface v
Unique Nature of the HTF Projects v

Acknowledgements vi

Table of Contents vii

List of Tables ix

1. Setting the Context 1
1.1 Background: Expanding Perspectives 1
1.2 Systemic Influences and Present Priorities 2

2. Overview of the Health Transition Fund Studies 4

3. Significant/Relevant Findings 5
3.1 Models and Elements: Organizational or Operational Reform 5
3.1.1 Combining the Elements 6
3.1.2 Patient Choice and Rostering 6
3.1.3 Citizen Participation 8
3.1.4 Funding 8
3.1.5 Information Systems and Technology 10
3.2 Capacity Building for Primary Health Care 11
3.2.1 Guidelines and Other Tools 11
3.2.2 Populations with Chronic Disease 11
3.2.3 Populations at Risk 13
3.2.3.1 Families/Mothers/Children 13
3.2.3.2 Violence 13
3.2.3.3 Drugs and Seniors 13
3.2.3.4 Farming Environment 14
3.2.3.5 Emergency Rooms and Primary Care Services 14
3.3 Relationship to the HTF Evaluation Framework 14
3.3.1 Access 14
3.3.2 Quality 15
3.3.3 Integration 15
3.3.4 Health Outcomes 15
3.3.5 Cost-Effectiveness 15
3.3.6 Transferability 16

4. Health Human Resources 16
4.1 Nurses 16
4.1.1 Nurses in Different Roles 16
4.1.2 Expanding Scope of Practice 16
4.2 Physicians 19
4.3 Collaborative Practice: Multidisciplinary Teams and Co-operative Care 20
4.4 Other Providers 21
5. Population Health and Cross-Sectoral Implications 22
6. Implications for Policy and Practice 24
6.1 Pilots or Implementation? 24
6.2 One Model or Many? 24
6.3 Guidelines for Implementing Models 24
6.4 Computers, Information Systems, and Telehealth 24
6.5 Administrative Simplicity 25
6.6 Collaborative Practice 25
6.7 Joint Education of Providers 25
6.8 Nursing 26
6.9 Other Providers 26
6.10 Continuing Education Support 26
6.11 Clinical Practice Guidelines and Program Development 26
6.12 Public Education 26
6.13 Success Stories 27
6.14 Emergency versus Urgent Services 27
6.15 Information Links and Data Standards 27
6.16 Population-Specific Needs and Circumstances 27
7. Recommendations and Conclusion 28
7.1 Pilots or Implementation? 28
7.2 One Model or Many? 28
7.3 Guidelines and Support for Implementation 28
7.4 Computers, Information Systems, and Telehealth 28
7.5 Administrative Simplicity 29
7.6 Collaborative Practice 29
7.7 Joint Education of Providers 29
7.8 Nursing 29
7.9 Other Providers 29
7.10 Continuing Education Support 29
7.11 Clinical Practice Guidelines and Program Development 29
7.12 Public Education 29

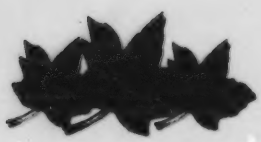
7.13 Success Stories 29
7.14 Emergency versus Urgent Services 30
7.15 Information Links and Data Standards 30
7.16 Manage the Transition 30
7.17 Conclusion 30

References 31

Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Primary Health Care

List of Tables

Table 1: Number and Location of HTF Projects 4
Table 2: Major Types of HTF Initiatives 4
Table 3: Determinants of Health 22



1. Setting the Context

1.1 Background: Expanding Perspectives

Primary health care is typically the first point of entry to the Canadian health system. It is linked to and often provides a referring or coordinating function for other specialized care sectors in that system. Increasingly, primary health care sites also provide connections to community services. The current focus on primary health care presents opportunities to renew and refine it, as well as a departure point for a reform of the larger health care system, both within and beyond its traditional borders.

Present thinking about primary health care has been influenced by a number of factors, including changes in terms and perspectives in response to emerging health and health system issues. The lessons learned over time are being articulated in new principles, organizational structures, and strategies. In the current environment, there is some discussion about clarifying or differentiating the terms and practices of primary care from those of primary health care. The problem is that these terms are often used interchangeably. This is partly due to distinctions between earlier health system practices, which encompassed a traditional primary care perspective, and more recent *systemic* thinking, which has broadened in scope and is known as primary health care.

Historically, primary care has tended to represent the traditional medical model of response to illness and associated responsibilities: "Primary Medical Care consists of the first-contact assessment of a patient and the provision of continuing care for a wide range of health concerns. Primary medical care includes the diagnosis, treatment and management of health problems; prevention and health promotion; and ongoing support, with family and community intervention where needed" (Canadian Medical Association, 1994). Within this model, service in Canada is provided mostly by a private-practice solo physician or group of physicians – general practitioners (GPs) and/or family physicians (FPs) – who have typically been paid on a fee-for-service basis. Primary care is usually about GPs and/or FPs and their contacts with patients. Its reform is often associated with considering various models of how medical doctors work (e.g., moving to group practices) and how they are paid for seeing patients, moving away from the fee-for-service system to other models (e.g., capitation, salary, or combinations thereof).

Recently there has been a growing appreciation of population health, as well as a broader definition and a growing importance of primary *health* care within a larger health system. Population health encompasses the determinants of health status – the elements that are known to influence the health of individuals, populations, and communities and that include a variety of factors: working conditions, physical environment, education, income, employment, coping skills, social support networks, personal lifestyle and health practice, and last but certainly not least, the impact of the health care system as it responds to health needs (National Forum on Health, 1997; Marriott & Mable, 1999; Health Canada, 2001).

The World Health Organization (WHO) captured this more expansive direction in the Declaration of Alma-Ata (World Health Organization, 1978), which refers to the curative or illness-response capacity of traditional primary care and goes beyond this in listing a number of principles and elements of primary health care. In summary, primary health care encompasses diagnosis and therapy, but it is broader in scope. It includes coordinating, integrating, and expanding systems and services to provide more population health and public health services, not necessarily only those provided by doctors. It

encourages the best use of all health providers to maximize the potential of all health resources in the system. In this paper, organizations that embrace these characteristics are referred to as *primary health care organizations.*

1.2 Systemic Influences and Present Priorities

The expanding perspectives on primary health care are influenced by various international and Canadian initiatives that seek to identify and respond to *systemic* policy, program, and organizational issues. In Canada, the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Services (FPT) conducted regional and national consultations in 1996 with government, professional, academic, Aboriginal, and other citizen and stakeholder representatives. Participants identified a number of patient and provider issues in the primary health care system, including:

- the fragmentation of care and services;
- the lack of emphasis on health;
- barriers to access;
- the need for public education and awareness; and
- poor information sharing, collection, and management.

Other widely identified fundamental systemic concerns include:

- the accountability of both patients and providers;
- the unequal distribution of resources;
- the misalignment of incentives, especially fee-for-service remuneration that rewards episodic care;
- systemic inflexibility in situations where support is needed to nurture innovation in approaches or organizational refinement in keeping with local needs and circumstances; and
- inadequate attention being paid to some providers, especially in rural and remote areas, and to groups such as First Nations.

From these issues, several priorities have emerged.

In response to systemic issues and goals, provincial and national initiatives explored important characteristics of primary health care reform to identify their essential elements and to determine which approaches might work and which should be changed. The 1996 FPT consultation identified several attributes of primary health care, including:

- flexibility;
- an emphasis on health;
- client-centredness;
- patient choice of provider, coordination, and information;
- interdisciplinary team care; and
- accountability for citizens, providers, and government.

In 1997, the National Forum on Health supported moving toward a more integrated health system with primary care as a foundation, with key elements that include the realignment of funding to patients rather than services and a remuneration methodology that promotes a continuum of preventive and treatment services, encourages the use of multidisciplinary teams of providers, and is not based on volume of services provided by physicians (National Forum on Health, 1997).

Many countries, including Canada, are introducing a variety of initiatives that focus on the design, implementation, and refinement of organizational models of primary health care reform that incorporate many of the proposed essential elements of primary health care (Marriott & Mable, 2000):

Patient Focus

- **Citizens' participation** in their care and in planning, and an increased role in governance.
- **Citizens' choice** of primary health care provider and/or organization, reinforced by international experience.

Enhanced Provider Interaction

- **Gatekeeping** which involves restricting access to specialist or hospital care that requires a referral from a primary care physician, except in emergencies. (Direct access to providers other than physicians is not necessarily constrained by gatekeeping.)
- **Physicians working in groups** within one setting or "networked" to enhance the quality of care (e.g., for rural or remote areas) and safety for the physician.
- **Multidisciplinary and interdisciplinary teams,** including nurse practitioners, dieticians, and other providers.

Critical Underpinnings

- **Rostering,** or the explicit identification of individuals who have chosen the physician, other provider, and/or primary health care organization for their services.
- **Capitation** funding for all or a large percentage of remuneration, based on the number, age, sex, and other features of the patient population.
- **Comprehensive core services** which include health promotion and sickness prevention, diagnosis and treatment, urgent care, "24/7" access, and the management of chronic illness.
- **Information** including electronic health records, decision support systems, and management support linkages for information sharing and transfer.

Orientation and Direction

- **Quality** which includes the review and upgrading of practice, information, and professional supports, as well as responsiveness to the public.
- **Support for growth toward a vertically integrated health organization** through enhanced linkages and coordination, as well as additional responsibility and funding for health services beyond primary health care.

A renewed primary health care vision presents challenges for policy-makers and decision-makers in terms of change and transition. How can Canada maximize the potential of *all* its health care professionals and sites? What is the "right" balance between systemic/organizational/operational flexibility and compliance with fundamental principles, elements, and standards? How can a "system" of resources that varies widely by province be streamlined to most effectively operate within its means, support all health professionals, and be responsive to all Canadians? Can reforms move judiciously out of the present scheme into pilots or operational units that are *allowed* to be revised over time (as is the case with current elements of the health care system)? How quickly must innovations prove themselves, and how can new models be appreciated from a perspective of long-term viability? Despite immediate pressures and the sometimes weighty requirements of reform, there is a need for stability and hope, especially for those who work within the system and are served by it. Vision and leadership are required to motivate and support those willing to proceed. These are only a few of the challenges to be addressed.

Building on the work of the National Forum on Health, the HTF projects are an important foundation upon which to construct a better health system. The projects' priorities are to improve the organization and funding of services, to enhance access and outcomes for citizens, and upgrade levels of quality and cost-

effectiveness in ways that promote system improvement across the country. Chief among these priorities is the improvement of working environments for all health human resources. The HTF projects represent a rich set of first-hand experiences across a wide range of approaches, strategies, interventions, and explorations, at various levels. Upcoming sections of the paper provide an overview of the HTF primary health care projects, discuss significant relevant findings with a particular focus on health human resources, and examine implications for policy and practice, summing up with recommendations and conclusions.

2. Overview of the Health Transition Fund Studies

Sixty-five HTF project reports were reviewed for the primary health care area (see Appendix A). Four of them consolidated reports on 25 pilot project sites (seven in British Columbia, three in Newfoundland, four in Nova Scotia, and 11 in Ontario), for a total of 86 sites. Although other projects had implications for primary health care, they had other predominant foci, such as Aboriginal health, integrated service delivery, or rural health, and thus were not reviewed for this report.

Table 1 summarizes the number and locations of the projects. Eight of the projects (12 per cent of the total) were designated national rather than provincial because they explored approaches pertinent to more than one provincial setting.

For the purpose of this synthesis, the HTF projects were grouped for discussion on the basis of the principal nature of the initiative and were then considered in terms of major themes (see Table 2).

Table 1: Number and Location of HTF Projects

Project Locations	Number Reviewed	Per cent of Total
National Projects	8	12%
Atlantic Provinces (NF, NS, PE)	4	6%
Central Provinces (ON, QC)	18	28%
Western Provinces (AB, BC, SK)	35	54%
Total	**65**	**100%**

Table 2: Major Types of HTF Initiatives

Organizational or operational reform (26)

- New models of primary health care with all or most elements (7)
- Community health centres (5)
- Focus on one or more elements (14)

Capacity building – develop, test, and evaluate (39)

- Guidelines and other tools (7)
- Education initiatives to sustain and improve provider capacity (5)
- Responses to populations identified by disease (7) or by risk (10)
- Citizen participation/community development (3)
- Research to advance primary health (7)

Although many of the projects considered similar topics, such as expanded roles for nurses, alternative physician compensation, or the use of technology/telehealth, they were as diverse in approach as in the number of sites. The national initiatives included a new model of primary care for the Eskasoni First Nation, the testing of nursing practice models, the use of telecentres for education, and a significant exploration of non-financial barriers to "medically necessary"

services. The provinces took various approaches to primary health care: British Columbia, Ontario, Nova Scotia, and Newfoundland attempted organizational reform pilots that tried different ways of paying physicians and delivering services to patients. The HTF gave them the opportunity to test options, explore new methods, and see how providers and patients responded to the changes.

Alberta implemented an "umbrella" initiative consisting of 27 projects and a comprehensive evaluation of their goals, outcomes, and implications for primary health care advances. It pursued seven explicit strategies:

- rural/remote access;
- illness prevention and health promotion through community development;
- early intervention and education;
- system restructuring;
- integrated service delivery;
- quality improvement; and
- community health centre models.

The subjects included lactation support, immunization promotion, "healthy start" projects for infants, palliative care programs, and Aboriginal outreach. Alberta coordinated the projects and then did its own evaluation, in addition to doing external evaluations of all projects. All of these projects were initiatives for new or expanded service delivery, often with a strong "population health" or public health focus.

Although not all of the projects achieved all of their goals, they did have something to teach about the successes and challenges of undertaking primary health care initiatives. The next section highlights significant relevant findings and includes descriptions of selected projects.

3. Significant/Relevant Findings

As attempts to address issues relating to priorities of primary health care, the HTF initiatives provide valuable input on a wide range of first-hand experiences. The projects' major themes are presented under three headings. *Models and Elements: Organizational or Operational Reform* surveys strategies for organizational or operational reform; *Capacity Building for Primary Health Care* follows efforts to improve the capabilities of providers to serve particular population groups; and *Relationship to the HTF Evaluation Framework* reviews selected findings using the HTF evaluation framework. The implications for health human resources are addressed in Section 4.

3.1 Models and Elements: Organizational or Operational Reform

Literature and experience suggest that issues of fragmentation, prevention, and promotion in the health system and the best use of health resources can be addressed by primary health care organizations that incorporate the essential elements summarized in Section 1.2. Given the interactive nature of the elements, their combining greatly enhances their potential benefits and outcomes. For example, an explicit patient list or roster can be the basis for capitation (per-person) funding and provides foundational data for a common electronic health record base as well as a larger population-specific data pool. It can then be linked to information on encounters between patients and providers (e.g., time, diagnosis, treatment – often through a "shadow billing" system) and clinical outcomes for individuals or population groups and be attributed to uniquely identified primary health care providers and organizations. Local data can be aggregated on a regional, provincial, or national level to provide a basis for planning and research.

Those implementing a new primary health care model face new service delivery approaches (i.e., multidisciplinary teams), and working relationships and methods to establish the broader programs and services included in an expanded perspective of health. Implementing new clinical and management information systems with new funding approaches and incentives requires sensitivity and responsiveness to the more explicitly identified population served. Providers must understand the vision and see the potential benefits.

Nearly half the HTF projects surveyed explored combinations of the key elements through organizational or operational reform. The following sections address the extent to which the initiatives attempted to incorporate essential elements in new models. The discussion then reviews selected findings regarding: citizen choice and rostering, citizen participation, capitation funding, and information systems. Various implications of core services, potential for integration, and quality are addressed in Section 3.3.

3.1.1 Combining the Elements

Some of the HTF initiatives incorporated elements of primary health care in ways not allowed by traditional structures and practices. A number of provinces demonstrated success in blending all or most of the essential elements in pilot primary health care models and attempted to maximize the interaction of the elements. More extensive model explorations at multiple sites were "pilot" (301) initiatives, including those in British Columbia (BC301), Ontario (ON301), Newfoundland (NF301), and Nova Scotia (NS301). The models that successfully combined most of the elements in one form or another were the British Columbia and Ontario projects. Rather than addressing rosters or capitation funding, the Newfoundland and Nova Scotia projects stayed with existing alternative payment plans for physicians.

In addition to these pilots, *A Tri-Partite Approach to Developing a New Model of Primary Care for Eskasoni First Nation* (NA305) moved from a solo fee-for-service practice to a non–fee-for-service collaborative physicians' group and multidisciplinary primary care initiative, and Alberta's mobile *Remote Primary Health Care System (Rural)* (AB301-23) organized essential elements in an innovative way to bring services to remote communities.

The capitation project in Quebec (*Capitation Project in the Haut Saint-Laurent RCM*, QC431) created the experience of a primary care-based, vertically integrated organization. Its integrated network of services included *centres locaux des services communautaires* (CLSCs, local community service centres), hospitals, and fee-for-service physicians and others in 20 clinical programs for primary care, geriatrics/frail elderly, mental health, and cardiovascular care. The first phase achieved clinical and informational integration by pooling resources to create the effect of a single flow of funds and brought institutions, providers, and administrators to work together as though they were a single organization. This phase established commitments to move toward administrative and financial integration and a single cash flow based on capitation funding. A number of initiatives in Alberta took place at community health centres (CHCs) that have been at the forefront of alternatively funded physicians (generally salary) and multidisciplinary/interdisciplinary teams, since before medicare in some cases. They differ from new primary health care models in tending to serve populations in catchment areas without explicit rosters or per capita funding.

3.1.2 Patient Choice and Rostering

The right of a patient to choose a provider has been a cornerstone of Canada's health system. Active choice or explicit identification with a health provider or organization is the basis of the relationship through which a patient accesses the larger health system. In the present fee-for-service environment, this

relationship is usually not documented for purposes other than for billings to government. An integrated primary health care context would formalize the relationship by keeping track of important patient information, starting with a roster of who patients are, that can become a base on which to build an aggregated information system.

Although this approach can involve a significant "front end" effort to establish and manage the roster, including learning to use new information technologies, it has many benefits. When meaningful socio-demographic groupings and health needs are identified and documented, a database can aggregate the information on all rostered patients and be a valuable resource in a primary health care environment. It enables health providers, health organizations, and governments to tailor their services to patients' needs and to base per-person funding more explicitly on those served, support planning and research, and track important administrative and cost information. The presence of a well-managed roster can thus improve the quality, effectiveness, and efficiency of services.

The pilots in Ontario (*Primary Care Reform Implementation and Evaluation*, ON301) and British Columbia (*Primary Care Demonstration Project*, BC301) show that rosters can also be approached by alternative means, each conveying different implications and trade-offs. In both, new rosters formed the basis for per capita and other funding and information systems. Patients could change providers, who had the responsibility for "managing" the roster. There were notable differences in approaches. ON301 used a traditional process and had patients sign enrolment and consent forms. The high rate of patients rostered at the time of project evaluation (84 per cent) may have been helped by prior health service organization (HSO) relationships that gave patients the confidence to "follow" physicians into the new primary health care models. The benefits of an explicit sign-up include a transparent process requiring "up front" communication with patients and thus clearer relationships with providers. Explicit sign-up also provides opportunities to discuss and formalize the responsibilities of patients and providers and to have patients authorize the sharing of their Ministry of Health information with those gathering information about them.

The process can, however, be limited by the funding model or other parameters. In one of the two funding options in ON301, a group of physicians who were on a "capitation-defined cap" but still billing fee-for-service against that had less incentive to roster than did those on blended capitation (i.e., their billing environment had not materially changed). Ontario limited the number of patients to be rostered per physician at 2,200 but approved an additional 800 per physician if a nurse practitioner was hired.

By contrast, BC301 employed a "virtual rostering" approach and placed no limit on the size of the roster. A patient's choice of provider was determined by examining three years of participating physicians' claims records and establishing a roster of patients from this. The process built upon existing physician–patient relationships to reduce the time and expense of a formal sign-up of patients. Lost, however, was the opportunity for direct communications with patients and for establishing the responsibility of both parties at the outset in a more personal way. That absence of "up-front" communication may result in the new organization seeming less transparent, explicit, or understandable to the rostered patients.

In an additional potential example of rostering, a Quebec initiative, *Capitation Project in the Haut Saint-Laurent RCM* (QC431), prepared to assume responsibility for all health services for its population, including specialty services. The initiative did not formally roster the approximately 25,000 people served by its proposed integrated primary health care model, but its intention to achieve capitation funding implies (and will require) some form of explicit identification of the population.

3.1.3 Citizen Participation

While it is not always easy to do, engaging the public in their own care or in the planning or decision-making associated with health organizations is important to all concerned. It opens direct channels of communication that raise the quality and responsiveness of services. Health care has traditionally been hampered by imbalances in information and expertise between patients and providers. By contrast, a primary health care environment seeks to improve health through involvement and empowerment of patients and communities to help themselves. The opportunity for input gives citizens a sense of ownership and control of their health options. Public feedback on organizational and provider performance keeps them in tune with those served. For example, the BC301 projects used patient surveys to determine patients' satisfaction with new services and gathered valuable information despite initial problems with implementation.

Educational programs also help patients to learn more about their health needs and the appropriate use of health services. Support for self-care and for developing and maintaining a healthy lifestyle can instill confidence, enhance understanding, and potentially reduce ill health and its cost to the system. In keeping with these goals, nurses in the BC301 projects initiated group education sessions and individual counselling for a variety of conditions, including diabetes and asthma.

Involving citizens at the community level in a process to define and shape services is a more extensive form of empowerment. In Quebec, *Citizen Participation in the Emergence of Alternative Solutions to Meet Primary Health Services Needs in "Healthy Towns and Villages" Communities* (QC432) brought together volunteers, municipal employees, and health providers to set priorities for primary health care programs. It proposed a number of services that reflect local needs in various communities. Although it faced challenges, the project was a worthy attempt to reach beyond old limits to involve communities in decision-making. This also occurred in *Evaluation of the Healthy Okotoks Project* (AB301-12), where a diverse coalition of community organizations came together to promote, develop, and support a "healthy community" initiative.

3.1.4 Funding

One objective of health system and primary health care reform is to change the basis of physician payment. Although there is some Canadian experience with salary, alternative payment, and capitation, most physicians are still "fee-for-service." In addition, the reform context can be complex and time-consuming, and fee-for-service does not typically incorporate payment for time spent on clinical efforts in other settings (e.g., schools, which inhibited the potential of the COPE program [AB301-9] in Alberta) or on non-clinical areas of reform (i.e., administration, management).

The goal of reform is to move from payment based on the volume of services to an approach that is fundamentally patient-focused, supports the provision of a continuum of preventive and treatment services, and is a more flexible environment that includes the use of multidisciplinary teams. Such changes influence better care for patients and promote a more balanced practice environment for providers. (In a 1999 *CMA Journal* membership survey, 70 per cent of physicians indicated that they would like an alternative to fee-for-service.)

A funding approach that incorporates per person or capitation funding as an integral component has a number of benefits:

- It is linked to the patient list and the needs of patients rather than to the provider.
- It provides "reasonable" funding in terms of its relationship to the anticipated cost of care for the rostered population's profile of need.

- It allocates resources on the basis of the population's observable characteristics and is not heavily affected by gaming or political manipulation.
- It represents a "fairer" share of financial resources vis-à-vis others in the system.
- It introduces predictability for both the organization and governments.
- It is responsive to (or adjusts to) changes in the size and demographic composition of the population and relative levels of illness, where this is factored into the formula. Changes in population characteristics result in changes in "cash flow" to the organization.

Although the theory and merits of new funding models have been examined for some time in Canada, the opportunity to actually implement changes to physician payment methods is of major significance. Given the interest of physicians in new remuneration approaches, there is now an opportunity for more comprehensive reform, to explore optional approaches to funding with capitation as an integral component, and to move it from marginal to more widespread use in the health system. Some HTF initiatives addressed alternative ways to blend and adjust capitation-based funding and considered the implications of these changes.

The Ontario and British Columbia pilots both implemented blended funding approaches that included capitation funding based on roster members' age and sex, with some variations. ON301 implemented two alternative approaches:

- "Global capitation," which provided a cash flow that included access to additional fees to support preventive care, home care support, and medical education; the incentives embedded in this approach promote transparency of the process as well as better awareness and understanding by providers of financial linkages to the patient roster.
- "Reformed fee-for-service," where capitation was used to define a funding "cap" or maximum total funding for the group, against which physicians continued to bill fee-for-service. The cap was not enforced for the first 18 months after signing.

The two approaches have different implications. Allowing the "reformed" group to maintain a fee-for-service environment would facilitate their transition into an alternative "capitation" model. At the same time, they might be more likely to maintain their stronger commitment to fee-for-service, not fully appreciating the reform potential of capitation funding and inhibiting progress. The linkage between funding and the organization and rostering of individuals might have less of an influence. This group could have less incentive to develop the roster. Because they were not dealing directly with the implications (e.g., cash flow) of capitation funding and were essentially still practising as before, they may be less likely to alter their relationships with patients, for example, to spend more quality time with them.

In British Columbia's *Primary Care Demonstration Project* (BC301), the capitation funding represents the majority of practice income. As in Ontario, the capitation is adjusted for age and sex, but with a major difference: the formula is adjusted in accordance with the Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG) case-mix adjustment system, which assigns patients to illness categories that have specific payment rates, with higher rates for patients with a higher illness burden. The additional adjustment factors increased the financial "sensitivity" of the cash flow to account for the time and effort spent on patients with greater needs (e.g., as a population becomes more ill, the funding flow adjusts to compensate). The funding was more explicit, transparent, and predictable for providers. A one-year assessment of payments indicated that rates increased as patients became more

ill (confirming the cash flow sensitivity). The BC301 initiatives also addressed another area of concern about providing capitation funding only for primary care: there might be an incentive for providers to increase their incomes and reduce their workload by offloading to specialists, with added implications for increased costs in specialty areas. However, a preliminary assessment of referral rates before and after the start of capitation funding found no evidence of increased referrals of patients to specialists.

Not all initiatives moved to blended capitation, however. *Strengthening Primary Care in Nova Scotia*, for example, hoped to test blended capitation in its primary care models (NS301), but physicians preferred to stay with pre-existing alternative payment funding contracts, which removed overhead responsibility and specified hours of services, including in-hospital and home visits.

3.1.5 Information Systems and Technology

Information systems are a significant element in boosting the capacity of primary health care organizations to provide more appropriate services. Benefits to patients and providers include enhanced access and linkages to other providers and resources (e.g., consultation, education, timely access to diagnostic results). In addition, good data aggregated appropriately in a regional or provincial database would support planning at the national, provincial/territorial, regional, and primary care organization levels. Well-developed and well-maintained information systems for primary health care and other services may improve administration (e.g., scheduling, accounting, patient encounters, billing information) and planning and provide clinical tools and decision support capacity. An effective electronic health record is at the core of an effective information system to enhance quality and safety in terms of the potential for accessible, timely, and complete information to guide assessment and decision-making by providers.

Canadian information systems are generally assumed to contain potentially valuable information for better research on primary health care, but one national project, *Socio-Economic Differences in the Use of Health Care: Why Are There Non-Financial Barriers to "Medically Necessary" Services?* (NA369), provided keen insights into their problematic state. What began as a study of socio-economic differences in access to health care in Canada produced an interim report with significant implications. The initial study was delayed due to substantial difficulties in obtaining access to information across the country. Gaining the required approvals involved different rules and protocols in different provinces, and the initiative documented an absence of policies and protocols for information sharing among the federal and provincial governments. Furthermore, the incompatibility of coding used in different jurisdictions for physician claims, hospital discharges, and other data posed a major barrier to interprovincial and national health services research. This project's findings expose a significant national issue in need of attention.

All the 301 pilot projects commented on the difficulties of selecting, implementing, and using new technology. Addressing information systems (hardware and software) was also a common issue: ON301 experienced delays in developing some components of its system, and in BC301, good progress is being made with scheduling, shadow billing for encounters, and financial management. The development of electronic health records is also an issue: pilot sites in Nova Scotia's *Strengthening Primary Care* project (NS301) have developed advanced information systems that include an electronic patient record and a practice management system that tracks all the providers' methodologies.

The use of telehealth applications such as video conferencing to link rural providers with specialists, other programs, and education opportunities was assessed by rural primary health care providers.

Newfoundland's *Primary Health Care Enhancement Project* (NF301) reviewed access to information that was useful in its practice. The initiative's connection with a medical school opened the opportunity to provide education to medical students at rural sites and for the providers at the sites to contribute to the educational process as "off-site" faculty members. This project may improve the recruitment and retention of physicians in rural areas and, if successful, could be extended to other health providers.

3.2 Capacity Building for Primary Health Care

Projects in this group focused on initiatives that reinforce and build capacity in primary health care. A number of them worked on clinical practice and other guidelines, methodologies, programs, and educational supports for providers that enhance the standards and quality of service planning, evaluation, and delivery of primary health care. Programs that respond to identified populations (by age, gender, risk, disease, cultural group, or other indicator) often provided a continuum of services via linkages between primary health care organizations and providers on one hand, and between specialists, hospitals, and others including community agencies outside the primary health care sector on the other hand. This can encourage the development of a vertically integrated organization.

3.2.1 Guidelines and Other Tools

The development of guidelines and other tools benefits both new and existing approaches to primary health care. Quebec's *Development and Application of Guidelines for Optimizing Medical Practices* project (QC303) demonstrated some success in reducing laboratory testing subsequent to implementing a prostate cancer guideline. Attempts to develop other guidelines exposed a number of areas in need of improvement, including problems with accessing data and the need for professional consensus in guideline development. The project reported that the absence of a patient-centred culture and the corresponding predominance of a culture of professional independence contributed to low physician response. It also observed that the absence of a formal organizational structure for primary care complicated the use of any approach designed to fit organizations supported by clear leadership and decision-making processes and able to ensure accountability and the necessary resources. An Alberta initiative, *Enhancing Primary Care of Palliative Cancer Patients* (AB301-4), also experienced some initial difficulties with physicians' involvement, but they were nonetheless able to use the guidelines to determine problems with sedation. The use of other tools, such as standardized consultation notes, brochures, and communications initiatives, improved the providers' capacity to identify the expectations of providers, patients, and their families.

Another Alberta project, *Evaluation of a Primary Health Care Clinic According to Primary Health Care Parameters of First Contact, Longitudinality, Comprehensiveness and Coordination* (AB301-5), provided useful tools through an evaluation of primary health care. Its challenges included the need for more timely and accurate data, which resulted in observations that cost information on family practice "does not exist." In spite of concerns from both doctors and nurses about the time required to complete the project, the initiative produced a number of useful results, including a "first-class" literature review of primary care indicators; a list of 50 indicators for evaluating family practice in the areas of access, quality, and integration; and a manual suitable for primary health care organizations seeking to implement an information technology evaluation system.

3.2.2 Populations with Chronic Disease

An approach to care based on identifying and addressing population groups by the category of their illness provides a framework for thinking about "all"

individual and group needs. It expands thinking about needs both within and beyond primary health care. Usually, target populations are those with chronic or long-term illnesses or those who may be at risk of these illnesses. The benefits of this approach include initiatives geared to individuals with elevated cholesterol, diabetes, and mental illness. When faced with the lack of an incentive within fee-for-service to reward physicians to provide patient education, Alberta's *Misericordia Health-Lifestyle Improvement Education Centre* project (AB301-15) established an educational centre to deliver health information to patients with elevated cholesterol. It resulted in an improved knowledge of diet and exercise and a reduction in cholesterol, often without medication.

The benefits of providing access to educational programs for diabetics can be seen in two projects. Quebec's *Integrated Population Approach Care Model for Patients Suffering from a Chronic Illness* project (QC433) focused on diabetes education for patients (in several languages) and for providers and promoted multidisciplinary teams. Despite some physician resistance to using tools and participating in continuing education, patients who took part in the program reported improved knowledge and better lifestyle six months after the program. *A Program Evaluation of Diabetes Centres in the Capital Health Region*, which evaluated seven diabetes centres in Alberta (AB301-25), demonstrated the benefits of educational and other programs, in spite of some problems with waiting times to access the program, resulting in a desire for more services closer to home. Among those who participated, the number of clients whose blood sugar was out of control decreased from 64 to 22 per cent after the program. Both projects indicated a need for additional independent evaluation to determine the most appropriate content and delivery of educational programs.

A number of findings emerge from responses to the needs of those suffering from mental illness. Issues of access and problems of being marginalized and treated outside the primary health care setting were addressed in two projects: one in Alberta, *Shared Mental Health Care in Primary Care Practice* (AB301-10) and one in Nova Scotia, *Enhancing the Care of People with Mental Illness in the Community* (NS421). These projects integrated the services of mental health professionals (nurses, psychologists, psychiatrists) with the direct services of primary care physicians at the primary health care site. In both projects, the capacity of family physicians to deal with mental health issues improved and patients appreciated the ability to access services within primary health care settings, which removed a "mental illness" stigma. The NS421 project was thus able to decrease waiting times by five to seven weeks, reduce emergency visits, and provide consultations with specialists for patients on-site. Predictably, they had high patient satisfaction ratings. Alberta's *8th and 8th Health Centre Proposal* (AB301-3) reviewed the needs of the mentally ill and, in response, established an urgent care service. The program's overall success was hampered by the need to deal with immediate urgent care, which overwhelmed some providers' capacity to maintain a primary health care approach to practice.

Continuing medical education for physicians provided benefits in the area of mental illness. Two continuing medical education projects in Ontario and Prince Edward Island (*Mental Disorders in Primary Care*, ON321, and *Enhancement of an Integrated Model of Prenatal Assessment and Care*, PE321) improved diagnosis, treatment, and communication with patients. Physicians also became more aware of the other services available. An Alberta project (AB301-9) evaluated COPE (Community Outreach in Pediatrics/Psychiatry and Education Program), a school-based program that brought pediatricians and psychiatrists into the school environment and demonstrated an earlier, more accurate, and comprehensive diagnosis of mental illness and reduced waiting times from one year to two weeks.

Follow-up and urgent care remained a problem, but the early intervention and co-operation between the educational and health systems are noteworthy. A number of major Canadian and U.S. school boards are looking at these results.

3.2.3 Populations at Risk

Initiatives in this area deal with populations that have a perceived risk of illness that in turn defines their needs and influences the response. This risk can be perceived in a variety of ways:

- disadvantages associated with minority language or race;
- low income;
- the vulnerability of children and women;
- social violence;
- an insufficient understanding of health, environmental, or occupational hazards; and
- the impact of provider practice.

Families living in poverty and with other social risk factors are known to also have a higher risk of disease and other health problems.

3.2.3.1 Families/Mothers/Children

Two Alberta projects, *Healthy Families Primary Health Care Services to High Risk Families* (AB301-14) and *Healthy Families Project* (AB301-21), offered support from "family visitors" who brought education and assistance in parenting and child care and information on how to identify and access required services. Recipients improved their understanding of parenting and their capacity to access necessary services, and as a result, their visits to emergency departments decreased. The *Neonatal Transitional Care Program Evaluation* (NA1017) focused on the mother–child relationship and increased the mothers' knowledge of parenting and dealing with illness, using community services, and accessing physician services. Similarly, personal communication was at the core of a response to low immunization rates among a culturally diverse, 50 per cent Aboriginal population in the Keeweetinok Lakes region in Alberta (AB301-20), where parents' lack of knowledge and access to clinics were the main factors in low compliance rates. The personal communication initiative raised immunization rates from 66.5 per cent to 86.8 per cent between 1998 and 1999.

3.2.3.2 Violence

Implementation of a Protocol for the Systematic Identification of Female Victims of Violence at Quebec CLSCs (QC304), which developed guidelines, screening protocols, and training sessions aimed at identifying women who are victims of domestic violence, received widespread and enthusiastic support from CLSCs beyond the initial target group in Quebec. One of the project's objectives was to educate and influence the attitudes of primary health care providers. By the end of the sessions, 93 per cent of them felt better able to use the protocol and 96 per cent indicated an improved ability to identify domestic violence. In one departure from traditional approaches in Saskatchewan (*Project Proposal for an Integrated Service Delivery Model with Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse* [SK327]), victims of childhood sexual abuse used alternative therapies such as aroma massage therapy and Reiki, a therapy based on stimulating meridian points to release energy. They were enthusiastic about these therapies, reporting less pain, better eating and sleeping, and fewer feelings of vulnerability, isolation, and guilt. Many of them continued more traditional treatment as well.

3.2.3.3 Drugs and Seniors

Alberta's *Primary Health Care Collectives: Improving the Quality of Medication Use in the Community* (AB301-27) initiative took a multidisciplinary approach to assist patients at risk of non-compliance or with drug-prescribing problems. A team including a physician, a pharmacist, and a home care nurse manager worked with high-risk elders taking five or

more drugs. Some early results suggested better compliance with medication regimes and fewer visits to physicians and hospitals. Another Ontario initiative, the *Seniors Medication Assessment Research Trial* (ON221), demonstrated the potential of including pharmacists in expanded roles as team members by linking family physicians with pharmacists who were trained to provide advice about prescriptions to physicians. Pharmacists identified drug-related problems in 86 per cent of patients. The two most common problems were that patients were not receiving a required drug or were taking an unnecessary drug. Family physicians agreed to implement approximately 84 per cent of the pharmacists' recommendations.

3.2.3.4 Farming Environment

Farmers have a very high risk of accidents and problems with their lungs and skin. Since they live in rural and remote areas, they often live far from care. Saskatchewan's *Agriculture Health and Safety Program* (SK325) brought a nurse to them, offering screenings for lung infection tests, hearing tests, back and joint assessments, stress assessments, and health education. Providing services on the farm site meant that nurses could not only work with farmers, but also gain access to members of their extended families. The program resulted in a number of referrals to specialists for further care. In addition, customized health education resulted in 75 per cent of farmers indicating that they had changed their work practices to reduce risks.

3.2.3.5 Emergency Rooms and Primary Care Services

A profile of the use of emergency departments in Alberta, *Evaluation of Urban Patients' Choice of an Emergency Department as Their First Contact with Primary Health Care Services* (AB301-6), determined that people using emergency departments for primary health care rarely did so just for convenience. Rather, worry and a sense of urgency spurred their decision. It was also determined that many patients did attempt to contact one or more providers before going to the emergency department. This point highlights the potential benefit of new models committed to 24-hours-a-day/seven-days-a-week access to health services and multidisciplinary and interdisciplinary teams.

3.3 Relationship to the HTF Evaluation Framework

The following findings of the primary health care projects illustrate six dimensions of the national HTF evaluation framework: access, quality, integration, health outcomes, cost-effectiveness, and transferability.

3.3.1 Access

The new primary health care pilots present a number of improvements in terms of accessibility. Their commitment to providing service 24 hours a day, seven days a week, greatly helps the public, particularly during evenings and weekends, which have presented problems in the past. In addition, these organizations provide telephone access and advice to individuals seeking information for self-care and, if required, travel directions to appointments and emergency attention if required. Group practice for physicians has resulted in improved on-call services, and multidisciplinary settings are improving access to more providers. For those who are homebound, some primary health care organizations are providing home visits by nurses. Other innovations bring services closer to home: through mobile multidisciplinary primary health care services in Alberta, and through nurse visits to farms in the Saskatchewan farm safety program. People seeking the services of specialists have reduced waiting times because of initiatives that integrate specialists with primary care providers, such as mental health programs in primary health care settings and school programs in Alberta. All of these projects also improved the continuity of care.

3.3.2 Quality

Patients' or clients' perception of quality is often affected by their access to services. One form of improved access that also benefits the provider is shared responsibility for care, which allows physicians to spend more time with patients. Another example is the improved access of patients and clients to a fuller range of primary health care services, including health promotion, chronic disease management, and nurses available to provide information to patients. The movement toward group practice and multidisciplinary and interdisciplinary teams presents greater opportunities for physicians, nurses, and other providers to discuss their cases and information needs with colleagues. Shared electronic health records and information systems provide improved access to patient and decision support information. For example, some Ontario physicians have programmed preventive reminders in their computers. Improved information coupled with a population-based approach also allows better understanding of the health status of the populations served, to be applied to planning in the primary health care organization. Finally, financial and other support for continuing education helps all providers to maintain standards and upgrade capacity.

3.3.3 Integration

Integration can be functional (enhancing linkages for collaboration and coordination) or organizational (creating vertically integrated organizations that incorporate responsibility for providers and services across the continuum). The primary health care organization pilots offer many examples of building linkages and collaboration for functional integration with the rest of the health system and community programs. For example, new protocols, care maps, pathways, and program approaches link primary health care providers with specialist physicians and providers in hospitals and other care settings. A number of primary health care organizations are also pursuing ways to provide links to community, secondary, and acute services. Medical and multidisciplinary staff meetings further facilitate information sharing by bringing various providers together.

Vertical integration is being enhanced by arrangements to bring together primary health care providers and mental health specialists at primary health care sites. In Quebec, one initiative is moving toward forming a primary health care-based, vertically integrated organization, funded through capitation, to serve an initial population of approximately 25,000, a viable entry population for roster-based, capitation-funded organizations with the flexibility to either directly provide or contract for services not covered by local providers and institutions. This initiative contrasts with an integrated delivery system (IDS) type of provider integration structure that requires an entry population of between 200,000 and 400,000 (S. Shortell, personal communication, 1999; Marriott & Mable, 2000).

3.3.4 Health Outcomes

It is too early to comment substantially on the health outcomes of most initiatives. However, there is early anecdotal evidence of improved compliance and healthier choices by citizens that should lead to improved health status. There is also a clear potential for health promotion and sickness prevention initiatives and chronic disease management programs to improve health status over time.

3.3.5 Cost-Effectiveness

The primary health care models were not implemented merely to create savings through cost cuts or to result in cheaper services, but to improve the quality, efficiency, and effectiveness of care. Although some projects were able to introduce such mechanisms as shadow billing to monitor progress, most indicated that time, resources, planning, or other constraints on project implementation reduced their capacity to develop, monitor, or report cost data.

(The British Columbia pilots are intentionally revenue-neutral; their blended capitation funding is based on average provincial patient primary health care costs.) Shadow billing and improved information systems should provide a better assessment of costs in future. Generally, costs are expected to decline in the long term.

3.3.6 Transferability

Pilot models based upon earlier experiences in Canada and other countries have proven acceptable to physicians, other providers, and clients who choose to participate in them. They blend capitation funding approaches, forms of rostering, linkages of key elements, and data such as patient encounters and shadow billing in refined information systems that can also incorporate management, planning, and decision support tools. These models are not experimental but are founded on sound organizational, financial, and operational principles and have enormous potential for tailoring services to diverse populations in a variety of settings. In addition to this, capacity building exercises subjected to rigorous evaluation can provide considerable information for dissemination and uptake by other providers and organizations in primary health care.

4. Health Human Resources

The HTF projects show how health professionals' roles can evolve with changes in primary health care. Rather than hierarchical structures of the past, or physicians working in isolation, they demonstrate new trends and options. An important part of the transition is nurses working in new roles, both with and without expanded scopes of practice. Nurse practitioners are taking on new partnerships with physicians, and physicians are changing the ways in which they practise and are paid, working in groups and multi-disciplinary teams in new forms of collaboration.

The nurse practitioner is taking new partnerships with physicians, and many of the projects include an array of providers, including pharmacists, social workers, physiotherapists, speech pathologists, and dieticians. Some other providers are operating in expanded roles. This section highlights the HTF project approaches and their contributions to the advancement of primary health care reform. The projects' findings are discussed under four major headings, which focus on the new roles and expanding scope of *nurses*, changes in practice and compensation for *physicians*, the development of *collaborative practice*, and the roles of *other providers*.

4.1 Nurses

Historically, nurses have worked in hospitals and as support staff to physicians in offices and other traditional primary care settings. Over time, some nurses have moved into public health, education, and an increasing participation in community health centres and home care. Their evolving roles and standards have influenced the health industry, producing "scopes of practice" to support nurses operating in different roles and settings. As nurses' roles diversify, their increased activities open new options for primary health care while increasing

pressure to formalize and clarify the scope of these roles. With the increased responsibilities come new issues. Working outside of their traditional roles may mean working beyond their capability for some nurses, who need reinforcement of skills and experience in new settings and in working in new capacities with other health professionals.

There may be legal implications for nurses who care for rural or isolated populations and provide a full array of services in the absence of physicians. There are also "political" implications when nurses work with other care providers and are perceived by some providers to be "on their turf." New scopes of practice need professional acceptance and legal underpinnings. Nurses provide substantial benefits to the system when they are effectively deployed, particularly when they can increase a population's access to services. In new models and settings for primary health care, nurses in HTF initiatives demonstrated versatility in a variety of roles, services, and populations.

4.1.1 Nurses in Different Roles

A better understanding of the needs of diverse populations can increase clients' access and influence health outcomes by building bridges between communities and services. Nurses working on their own in Alberta's *Health for All* initiatives (AB301-18) in four Metis settlements in the Lakeland Regional Health Authority demonstrated how their presence in a community can help to overcome barriers posed by historically problematic relationships. As direct service providers, nurses are also links to other services and are influential in increasing awareness, involvement, compliance, and trust between providers and communities. Similarly, nurses in Saskatchewan's *Transition to an Integrated Primary Health Services Model* initiative (SK330) were instrumental in reviewing services, identifying gaps, and gaining a better understanding of First Nations populations that were not responsive to medical advice. Their work helped to facilitate shifts to improved preventive care.

Transferability of skills is important to nurses, whose options and mobility in diverse settings are expanding access to and permitting a better use of system resources. As indicated by the *Evaluation of Nursing Practice Models in Primary Health Care Settings* initiative (NA321), the enlarged nursing roles usually associated with northern or remote sites are found in other settings as well. The integration of the services of nurse practitioners in the inner city was evaluated by the CUPS (Calgary Urban Project Society) CHC initiative (AB301-7) to look at whether the skills and knowledge of nurse practitioners who are traditionally trained to work in isolated rural settings can be transferred to underserviced inner city populations in downtown Calgary. The project successfully proved that nurse practitioners "significantly increased access to care."

In addition, nurses increase access by "bringing services home" to families (mothers and children) at risk. Community health nurses in two Alberta "healthy families" programs (AB301-14 and AB301-21) became valuable links to public health and other services by providing intensive home visits, education, and skill development to improve families' confidence in dealing with community services. While it was felt that there was not enough time to demonstrate potential benefits, there were nonetheless "many successes" in building family relationships and supports and in reducing infant emergency visits. The projects demonstrate the importance of social support as a determinant of health and are being continued.

4.1.2 Expanding Scope of Practice

Nurses are doing more of what doctors do, either as substitutes or in providing complementary services, particularly in rural areas. Nova Scotia showed initiative in this area by amending its Pharmacy Act to support nurse practitioner (NP) prescribing, which requires explicit legal recognition of a nurse's right to diagnose and prescribe drugs and allows pharmacists

to fill an NP's prescriptions. The *Strengthening Primary Care in Nova Scotia* project (NS301) built on this theme by introducing NPs and advanced information systems that integrated electronic patient records and practice management data and pursued the goal of NP shadow billing to monitor costs. Although questions remain about the employment status of nurses (e.g., union and liability implications) and a lengthy process to amend the Pharmacy Act delayed NP prescribing (when it was finally in place, the drug list was out of date), the Nova Scotia initiative is nonetheless breaking new ground for nurses in primary health care.

Nurses are expanding their roles by replacing, substituting for, and supplementing physicians' services in other rural settings, as well as increasing the array of and access to available services. This was illustrated by a "major innovation" in a new rural health centre in Alberta's *Primary Health Care Project for Elnora Area* (AB301-22). An NP functioned as a clinician by providing replacement or supplementary services – including diagnosis and treatmen – in primary care delivery, as well as providing extended nursing practice and continuing education. New to a pre-existing team, the NP played a major role in providing three additional services: ambulatory care, emergency response management, and injury prevention. The project indicated that there was no trouble differentiating between illnesses or injuries requiring a physician and those requiring an NP. Although there were concerns about team practice ("the NP remained the focus"), the NP's services were used, accepted, and much of patient satisfaction was related to the work of the NP.

An expanded nursing role demonstrates that problems associated with providing health services to a dispersed population can be overcome through a mobile primary care strategy. Notable benefits were provided to the high-risk farming community in Saskatchewan's *Agriculture Health and Safety Program* (SK325), where mobile primary care services to farmers reduced occupational injury and disease. A registered nurse provided a specific diagnostic, screening, and education program in a mobile health and safety unit, making referrals as needed. The service was well received by farmers, three-quarters of whom said the program led to changes in work practices that reduced their health risks and improved their health, and 91 per cent felt this primary care approach was more effective than other approaches to agriculture health and safety. The support for expanded roles for nurses illustrates other issues. *Putting in Place an Information-Technologies-Supported Training Program Aimed at Nursing Staff for Delivery of Health Services in Isolated Communities* (QC323) was an innovative approach that provided continuing education to nurses in isolated settings through video conferencing to expand their work skills in the absence of physicians and to enhance interdisciplinary collaboration. This approach was suspended, however, when the Collège des Medecins du Québec insisted that protocols for nurses who perform certain techniques must be agreed upon by the professional bodies concerned.

To increase understanding of this important area, the *Evaluation of Nursing Practice Models in Primary Health Care Settings* initiative (NA321) investigated how registered nurses in expanded or extended roles are helped or hindered in their delivery of primary health care services. The project reported "very satisfied" patients and found that "expanded practice" nursing can increase patient access to services in remote areas, increase the availability of comprehensive health care services, and improve the quality of care and health outcomes. It also provided valuable profiles of relevant policies and legislation within each province and territory, of structures employing nurses in these expanded roles, and of the perceptions of physicians, patients, and registered nurses themselves toward expanded roles. The projects' problems included the great inconsistency and variation across the country in the terms of practice for nurses in

expanded roles, as well as in the legislation, scope of practice, and educational requirements that govern them. In addition, physicians were concerned about their decreased incomes and "compromises" in the continuity of care.

Although expanding the role of nurses has great potential benefits for the system, several areas require attention: new scopes of practice, professional acceptance across groups, new legislative support for scope of practice (e.g., government involvement), support for and within new settings (i.e., primary health care organizations and programs), and particular support for those working alone in rural and remote areas (particularly given present thinking about *any* provider working in isolation).

4.2 Physicians

There is much discussion in the professional literature about solo practice as being less safe, offering little or no shared responsibility for cases or discussion of them with colleagues in a collegial environment, and increasing burnout among physicians with no "backup" support. The new trend is for doctors to move from working alone to working in groups and to explore alternative payment mechanisms. The HTF initiatives include new models based on group practice, multidisciplinary environments, and collaboration in a variety of ways with other health providers.

A notable feature of the pilots in British Columbia, Ontario, Nova Scotia, and Newfoundland (BC301, ON301, NS301, and NF301) is that they *required* physicians to work in groups (all in one site in British Columbia, Nova Scotia, and Newfoundland, and networked in Ontario) and to move toward multi-disciplinary teams. The new models replaced working in isolation with an environment that has a potential for work sharing, information exchange, and collegial support, enhancing the quality and safety of physicians and patients alike. This process will take time. In Ontario (ON301), some physicians were reluctant to work in coordinated teams that improve on-call services and extended hours. In British Columbia (BC301), physicians noted that the transition time for bringing physicians who work in isolation to work in groups can take up to six months.

One of the objectives of primary health care reform is to move away from fee-for-service payments to physicians. Fee-for-service practice rewards the volume of services provided, thus encouraging practices that are potentially adverse to patient-focused care and to illness prevention and health promotion. This was illustrated by Alberta's COPE initiative (AB301-9), in which a fee-for-service funding structure actively discouraged physicians from working in school-based settings that might be perceived as a challenge to their existing practice. Moving from fee-for-service to alternative mechanisms such as per capita funding means that physicians can spend more time with patients, working for community services, or on administrative and other tasks – such as reform – without losing income. In addition, the incentives change, particularly with capitation funding, so that the focus is on individuals and groups served, their characteristics (such as age, gender, and illnesses), and their needs. Physicians will not lose money if they spend extra time with patients when they are compensated through capitation or by salary.

The projects present a variety of alternative approaches. In the Ontario and British Columbia initiatives (ON301 and BC301), physicians working on new models as well as in community health centres are funded through blended formulae that include capitation and other funding streams such as fees for services not covered under capitation (e.g., hospital emergency coverage, obstetrics, surgical assists), and fee-for-service for non-enrolled patients. New codes govern preventive care management, preventive care bonuses, and targeted medical education. Physicians in the community health centres of Alberta are (and have been) on salary, and their alternative payment

plan contracts allow a different form of practice that includes counselling and telephone advice. *An Evaluation of the Alexandra Community Health Centre as a Model of Primary Health Care* (AB301-2) evaluated linkages between primary health care and social services, and its staff incorporated a shadow billing methodology to express in financial terms the amount and type of services provided.

New models in Nova Scotia (NS301), the Eskasoni First Nation (NA305), and Newfoundland (NF301) are funded on an alternative to fee-for-service basis (although this is not always described in detail in project reports). Owing to the relative success of new methods, physicians in the primary health care models indicated an interest in more information, education, and training on cash flow management and its distribution within organizations.

4.3 Collaborative Practice: Multidisciplinary Teams and Co-operative Care

Although experiences vary across the country, collaboration between physicians, nurses, and other caregivers is establishing new linkages, sometimes with other sectors. The list of potential benefits includes improved quality, better access, increased continuity of care, and best use of resources. The HTF projects focused on team building, education, and training. Finding time and the right medium to carry out these activities is an ongoing challenge for providers, as is overcoming the inconvenience and irritation of coping with changes in their own and other professions. Providers' willingness to overcome their reluctance and accept change is essential to progress in primary health care practice.

Initiatives in community health centres have for some time included multidisciplinary forms of operation. For them, an overriding theme is refining elements and approaches. The Calgary Urban Project Society or CUPS (AB301-7) evaluated a nurse practitioner's collaboration with physicians, dentists, chiropractors, and an orthotics technician in an interdisciplinary team at the clinic. The initiative was successful and produced new clinical practice guidelines for addressing ten non-acute conditions. Although the physicians were not initially clear on the role of the nurse practitioner, the project soon saw nurse practitioners facilitating communication among various providers, "significantly" increasing access to care, improving quality, and handling cases, thus allowing physicians to spend more time with patients who required their services; 95 per cent of patients were satisfied with the initiative. Since specialists are not paid for nurse practitioner referrals, Public Health Acts need to be amended to allow for the better use of nurse practitioners.

To explore whether and how collaborative practices might be improved through explicit training, the *Nurse Practitioner/Family Physician Collaboration Models of Care* project (NA342) tested and evaluated a two-part framework that supported nurse practitioners and general practitioners and developed post-graduate collaborative education for nurse practitioner students (experienced registered nurses) and family medicine residents (in their first year of residency). Nurse practitioners gained responsibility for curative activities, took on more complex care of patients, and referred fewer situations to family physicians – though the physicians did not change their referral patterns, which remained mostly referrals to each other. A high level of collaboration and satisfaction, as compared with control sites, was developed in the scope of practice, competence, control, and role distinction, leading to increased confidence in the role of nurse practitioners at intervention sites. The project also developed role guidelines for the "essential elements" of shared and separate experience, knowledge, and skills of providers and used information technology to support collaboration. The results confirmed that collaboration can be taught, learned, and supported, despite obstacles.

Other initiatives found innovative ways to develop and motivate teamwork and its applications, including using technology and bringing mobile services to communities and specialty services to primary care settings. Alberta's *Strengthening Multidisciplinary Primary Health Care Teams in Coordinated Disease Prevention and Management* evaluation and demonstration project (AB301-11) built a virtual team environment with an internet-based multidisciplinary approach to the prevention and treatment of diabetes and osteoarthritis. Teams of community-based health care practitioners and family physicians developed care plans to be implemented in six primary health practices. The clear definition of team members' roles reduced overlap and facilitated delegation. Training needs in team decision-making and implementation skills were identified. On-line information tools were found useful in exposing the roots of disagreement and finding ways to collaborate. Although on-line activities complemented workshop-based activities, they did not replace them.

Another innovative approach to rural public access and awareness of services improved collaboration as well as decreased travel time and cost. Alberta's *Remote Primary Health Care System (Rural)* pilot project (AB301-23) provided a mobile multidisciplinary team of health professionals at three community "pods" on a weekly or semi-weekly basis, which enhanced access to services in small rural communities. The team included a physician, a nurse, pharmacists, a laboratory technician, a respiratory therapist, and a speech language pathologist, supported by a second ad hoc team providing other services in breast health, nutrition, diabetic education, and other areas. The population reported a high degree of satisfaction with their services and demonstrated more compliance with prescribed diets, drugs, and flu shots than did a control community. As a result, fewer residents left to use health services elsewhere.

4.4 Other Providers

The HTF initiatives include the distinguished contribution of other providers as well, demonstrating their value in new roles and settings. British Columbia's *Home Birth Demonstration Project* (BC404) is the first systematic examination of planned home births in a regulated setting in Canada. The province began regulating midwifery in January 1998, and midwives and their clients throughout the province were required to participate in the new initiative. Co-operation between midwives and other health care professionals during the two-year transition phase was excellent and resulted in the safe integration of midwife-assisted home births. Midwives were able to consult with or transfer care to physicians in 98 per cent of needed cases. Clients expressed overwhelming support for planned home births, and the project concluded that midwives were a "safe choice" for pregnant women.

Although most projects focus on establishing nurse practitioners in new models, pilots in British Columbia, Ontario, and other HTF initiatives are attempting different ways to optimize the services of a variety of providers (e.g., NS301, with social workers, speech language pathologists, and dieticians). Alberta's *8th and 8th Health Centre Proposal* in downtown Calgary (AB301-3) changed its approach to triage to let providers other than physicians be a potential first contact for clients. In Saskatchewan's *Enhanced Rural Rehabilitation* project (SK326), physiotherapy assistants worked with physiotherapists to serve seniors in rural areas and provided a lower-cost option for handling tasks like clerical work, patient education, and exercise therapies. The project showed that when they are properly trained and supervised, physiotherapy assistants enhance the availability and quality of rehabilitation services.

Health care professionals other than nurses and physicians are experiencing expanded scopes of practice as well and are tackling issues similar to those facing

nurses in new roles. Some of these implications have been recognized, for example, by Nova Scotia, where a revised Pharmacy Act supports nurse practitioner prescribing and acknowledges the need to reassess the roles of other providers. There is still more work to do in terms of examining the roles of other providers, both those in multidisciplinary primary health care teams and solo practitioners.

5. Population Health and Cross-Sectoral Implications

A population health approach is at the core of primary health care. It "aims to improve the health of the entire population and to reduce health inequities among population groups. In order to reach these objectives, it looks at and acts upon the broad range of factors and conditions (or 'determinants') that have a strong influence on our health" (Health Canada, 2001). It is about preventing disease and injury and promoting health as well as diagnosing and treating illness. Primary health care strives to address health in terms of the sometimes complex interrelationships between determinants, sometimes with cross-sectoral implications, an approach that requires a broad perspective and partnerships both within and outside the health care system.

The need for a comprehensive approach was asserted by *Innovative Project in the Quebec Region: Perinatal Clinics* (QC321): "the medical perspective is recognized as being important but is not sufficient on its own to meet the diversity of needs of pregnant women, their spouse and family. The stakes are in the organization of expertise because one person, even one institution, alone can not perform all functions and meet all needs."

Table 3: Determinants of Health

- Income and social factors
- Social support networks
- Education
- Employment, working and living conditions
- Social environments
- Physical environments
- Biology and genetic endowment
- Personal health practices
- Coping skills
- Child development
- Health services
- Gender

A broader appreciation of populations identified by age, gender, disease, risk, culture, language, or other factors encourages planners and health providers to move beyond viewing health primarily in terms of the individual and episodic care. The HTF projects exemplified a population health approach through strategies in a variety of settings including:

- multidisciplinary and collaborative approaches;
- a focus on the sources or causes of health problems;
- capacity building for populations and for primary health care providers to meet needs; and
- the empowerment of communities through building new knowledge about primary health care and linkages across other sectors.

A population-based approach to gathering information in British Columbia (BC301) informs the planning and evaluation of primary health care programs and services. It has given providers a better understanding of the health status of the people they serve as well as of their program and service needs. Capacity building projects include initiatives focused on specific population groups defined by disease or

risk. Some projects (AB301-15, ON428, QC301, QC302, QC325, QC433) looked at reorganizing services or modifying the behaviour of populations facing chronic diseases (e.g., asthma, cardiovascular illness, and diabetes). These projects included attempts to educate patients and providers in emergency settings and the referral of asthmatic children (sometimes by non-providers) to asthma teaching centres in Quebec (QC301, QC325).

Other projects looked at criteria for identifying populations at risk on the basis of poverty, lack of education, social violence, and other social influences on health (NA372, AB301-9, AB301-14, AB301-20, AB301-21, QC304, QC305, QC321, SK327). Some focused on mothers and children, such as Alberta's "healthy families" projects (AB301-14 and AB301-21), which partnered with community agencies such as child and family services, public health centres, and traditional healing societies. Projects such as AB301-14 are of interest to local, municipal and provincial agencies, and the National Crime Prevention Council, because of their potential to reduce family violence and youth crime.

HTF initiatives explored the interrelationships of health and other sectors in a range of projects concerned with rural communities, community development, and education. Rural environments are the interface of various sectoral implications and health issues, including distance from population centres, from extensive resources, and from particular economic and environmental conditions. A number of HTF initiatives explored a variety of approaches to the interface between primary health care and rural settings through direct work with specific communities (NA342, AB301-19, AB301-22, AB301-23, AB301-26, NF301, SK321, SK325). SK321 looked at the difficult state of the farm economy and its consequences for the health, well-being, and quality of life of women in diverse roles, and Saskatchewan's *Agriculture Health and Safety Program* (SK325) was launched to bring primary health care services to farmers. Those services would be of interest to provincial and federal agriculture and environment ministries, in that they were considered to be better than an occupational hazard approach.

Community development and citizen involvement projects attempted to influence primary health care in both rural and urban settings. The difficulties and progress of these efforts to promote citizen empowerment and participation and to influence healthy living and active social and physical environments should be of interest to government departments and ministries involved in culture, sports, and healthy community activities. At the same time, some initiatives in Alberta found it particularly challenging to take on both community development and citizen involvement in conjunction with primary health care (AB301-12, AB301-22, and AB301-24).

The school system appears to be a natural environment for cross-sectoral co-operation and programs of joint interest to health professionals and the education system. Alberta's school-based primary health care COPE initiative (AB301-9) sought to improve opportunities for the early diagnosis of, intervention in, and prevention of mental health problems in children. In general, a determinants-based population health approach enhances the potential of primary health care services and providers to have a greater impact on the health of those they serve. The HTF experiences provide a better understanding for governments and other stakeholders about various approaches to target populations and of the factors that influence them and the providers who serve them. This informs planning and administration as well as service options.

6. Implications for Policy and Practice

The first-hand experience gained through the HTF projects offers new insights and reinforces long-standing knowledge about aspects of primary health care: the benefits of group practices and multidisciplinary teams; the untapped potential of nurses; and the linkages between determinants, health promotion and disease, and injury prevention. The challenge facing decision-makers is to maximize the potential of these experiences. There is a need for more understanding and support from governments and other stakeholders to facilitate primary health care reform.

6.1 Pilots or Implementation?

This fundamental question needs to be answered now. Although pilots give a sense of "testing before proceeding," they also send a signal that the effort may only be temporary and reversible, with adverse affects on the initiatives. Also implied is that the approaches taken by the projects are new and unproven, which is not always the case. Models incorporating many of the elements of the "new" primary health care models have been in place with some physicians and other providers since the advent of medicare, albeit on a smaller scale than that of traditional fee-for-service practices. Elements of these models are the same as those incorporated in other countries' models of primary health care and in primary health care within integrated health organizations in other countries. They are based on sound principles of organizational design. The initiatives in British Columbia, Ontario, Nova Scotia, Newfoundland, and Alberta have reaffirmed that they work. Experience in other countries shows that decisive action is often required to move forward. Where this is true, refinement can and probably should be an ongoing exercise in support of the new operational models that should be available for the public and providers to pursue.

6.2 One Model or Many?

An additional question is whether the political will and system tolerance exist for more than one model of primary health care. The British Columbia evaluation concluded that its new model may not be the choice of all physicians and should be viewed as an option. Concern exists that diverse models may lead to unequal access. The reality is that Canada has experience with multiple concurrent models, including traditional fee-for-service practices, a history of models that are roster-based and capitation funded, group practices with multidisciplinary teams such as health service organizations (HSOs), and considerable experience with community health centres (CHCs). More extensive vertically integrated models that include a primary health care base have been explored in Canadian communities in the past decade but have been constrained by lack of mandate. The health system has already demonstrated its capacity and ability to support organizational variations and could continue to do this within an overarching theme of primary health care integration. Again, many other countries support a pluralistic system and a variety of model options for providers and the public.

6.3 Guidelines for Implementing Models

The projects raised a number of concerns about implementation processes, such as British Columbia physicians' observation about the time it can take to move from individual to group practice. When project and time requirements are not fully synchronized, the process can become overly complex and time lines unrealistic, and some HTF projects tried to do too much at once within the time allowed. Project experiences suggest a phased-in approach and better overall planning. Future initiatives would benefit

from guidelines to facilitate, support, and reinforce important goals and requirements of implementation.

6.4 Computers, Information Systems, and Telehealth

Attention to important "underpinnings" like the development of a common electronic health record and access to computers and other technology for services, information, and research is essential to successful primary health care. Computer systems and software for clinical and organizational management are a major incentive for physicians and other providers to participate in new model development and implementation. Systems need to be developed in a timely fashion with input from those who will work with them; they cannot simply be "layered" on top of an existing health care system without carefully planning how to integrate them. Cost funding structures must allow providers to use computer, video conferencing, and telehealth technologies to facilitate transitions. More study and information sharing at a national level would accelerate the development of viable options for implementing information technology in primary health care models.

6.5 Administrative Simplicity

Governments face real challenges in providing various forms of support. On the one hand they need to express clearly what is expected, and on the other they must ensure accountability from those engaged in projects. They are also expected to provide funding, expertise, information, and other supports. Effective program development and administration, however, begins at home. Some relationships between governments and new models have been reported to be cumbersome, inefficient, and complicated. Although support is essential to success, the existence of separate agendas and micromanagement can block progress. As highlighted by some projects, governments need to provide program administration that is not excessively time-consuming for providers and staff of the new organizations to interact with. And once government has funded a project, it must minimize all barriers to completion, especially when the barriers are in government procedures (e.g., difficulties in gathering population health data). This has particular implications for operational projects that promise to move beyond pilots to an accepted operational option. Other providers may not elect this future if they see administrative complexities ahead that are greater than the compensating benefits.

6.6 Collaborative Practice

Collaborative practice has a great potential to enhance the effectiveness of all providers' services and working environments. Project experience reinforced the conclusion that collaborative practice will facilitate the effective use of all health providers and ensure that the most comprehensive and integrated primary health care services are available to diverse population groups. Barriers to collaborative practice include jurisdictional issues, flawed regulatory and funding mechanisms, a lack of policy development in nursing and medical associations and regulatory bodies, and medical-legal issues that prevent practitioners from collaborating as much as possible. Some professional regulations need changes to broaden their scope, and there is a need for policy and health care system changes to identify reimbursement and other mechanisms to support all providers in collaborative practices.

6.7 Joint Education of Providers

The joint education of providers in collaborative practices is a good way to facilitate progress. Experiences have illustrated the benefits and potential of a coordinated educational approach between nursing and medicine and strongly support the recommendations of the Ontario Chairs of Family Medicine and the Council of Ontario University Programs of Nursing, which call for undergraduate, post-graduate, and continuing education opportunities in the classroom, and clinically for joint education on

collaboration in Canadian family medicine education programs.

6.8 Nursing

A focus on nursing would help to maximize the untapped potential of this provider group. It should begin by clarifying the confusion among the various terms and practices used across the country. Professional regulation changes that allow nurse practitioners to practise in a wider variety of settings are needed. With more attention being paid to expanded roles for nurses and the establishment of nurse practitioners, there is also a need to ensure that national standards evolve concerning the scope of practice and to share information on legislative requirements that support the new role (e.g., prescribing authority) so that professional portability is protected and a foundation for national analysis is laid.

6.9 Other Providers

The potential of other health providers in primary health care also needs focus. The projects have shown the benefits of some pharmacists functioning as educators, providing quality control in prescribing and acting as team members. Experiences with midwives continue to highlight their benefit to the system. Providers other than nurses and physicians present real opportunities to enhance the services and options that primary health care organizations can offer, yet persistent issues which impede progress must be clarified and addressed.

6.10 Continuing Education Support

Continuing education sustains and improves the quality and performance of providers. This should be recognized through funding and other supports to the providers who work in primary health care organizations. Continuing education is vitally important to maintain provider capacity and ensure the provision of up-to-date services to the public. Innovative approaches to knowledge transfer and a variety of techniques and technologies should be explored. This area should be supported by federal, provincial, and territorial governments, in concert with educational institutions and professional associations.

6.11 Clinical Practice Guidelines and Program Development

Important implications regarding practice guidelines were well summed up by one of the projects (QC303) as "one of the essential elements in the development of effective mechanisms of quality assurance. The production and introduction of guidelines are two inseparable steps and their planning must not be delegated to two different entities working in isolation. The investment in the production of a practice guideline whose plan for dissemination and introduction is not already established with the partners involved – at least in broad strokes – is a bad investment." As well, capacity building for health organizations, providers, and the public would benefit from guidelines that were well thought out and included the input of those to be affected by them.

6.12 Public Education

The public must be better prepared for transitions in primary health care. Changes should be articulated clearly and with confidence in their benefits. There is a need for better understanding of existing resources and options. Public education must include a better understanding of new models and settings, so both the public and decision-makers are confident in the quality of services regardless of where they are accessed. The public and other stakeholders also need to have reasonable expectations of the kinds of services possible in communities, and need the support to overcome any conflicts associated with "community empowerment," which some may consider the "dumping" of responsibility onto communities. At the same time, communities, once committed, can be powerful lobbyists, a fact that should be recognized

by those implementing policy change. Governments should participate in public education programs – and encourage partner colleges and universities, professional associations, and others to do so as well – to present the new directions and models, the lessons learned, the benefits of the change, and examples of success within Canada and other jurisdictions.

6.13 Success Stories

The opportunity to try new approaches inspires some people to take decisive steps to "revolutionize" care and make team practice arrangements between physicians and expanded-role nurses and other providers the norm in all practice settings. A number of initiatives examined aspects of moving beyond functional integration (enhanced co-operation and collaboration) to vertically integrated organizations for special populations (e.g., the mentally ill) and total populations, such as exists in Quebec's "full service" approach. Many success stories emerging at different levels should be examined in order to stimulate development.

6.14 Emergency versus Urgent Services

Urgent care services within primary health care settings in Alberta are much appreciated, particularly by those with mental illness. They have also reduced levels of hospitalization. Providing these services in primary health care settings presents a policy challenge in terms of differentiating between urgent and emergency care. There is a further need to create guidelines for providing these services in primary health care settings.

6.15 Information Links and Data Standards

National support is needed to investigate the state of information systems and sharing and to expand the capability for research. Several initiatives discussed data problems (accessing, availability, quality, etc.) that impeded clear judgments in practice and timely decisions when needed and blocked the capacity to do meaningful research. There is a strong desire for implementing practice-based evidence that is, as expressed in Alberta, the "best practice information that practitioners will use." One national study documented a number of difficulties: the different rules and protocols for obtaining approvals in different provinces; the absence of policies and protocols for information sharing among the federal and provincial governments; and the incompatibility of coding in different jurisdictions for physician claims, hospital discharges, and other data, which pose a major barrier to interprovincial and national health services research.

These inefficiencies require political and administrative will to be resolved. There is an urgent need to harmonize federal and provincial privacy and confidentiality legislation with relevant regulations and review procedures. The promotion of successful federal and provincial health services and population health research efforts will require federal/provincial/territorial partnerships and priority-setting mechanisms to coordinate expertise from the federal government, the provinces, and academic research centres.

6.16 Population-Specific Needs and Circumstances

The fact that particular population groups need focused attention has been known for some time. The HTF experience highlights groups with particular health issues or risks, those in rural settings, the inner city, and the First Nations in general, with important implications. Although it seems obvious that a primary health care approach based on the "needs" of a given population would take their needs into account, some populations are complex and simply not well enough understood or served to date.

7. Recommendations and Conclusion

The following recommendations relate to the implications discussed above.

7.1 Pilots or Implementation?

The next steps, in terms of continuing the pilots or moving to a framework of support for operational primary health care organizations, are not made clear in the project evaluation reports. If not already doing so, governments should move beyond the short-term implications of the primary health care organization pilots to a long-term commitment to *implementation* and ongoing refinement. This commitment could include innovations like mobile primary health care organizations (e.g., teams including physicians and other providers for isolated rural communities). Consideration should be given to supporting the development or expansion of primary health care organizations to encompass partial or comprehensive vertically integrated health organizations.

7.2 One Model or Many?

Provincial governments should consider adopting a policy of pluralism that accepts pre-existing as well as new models of primary health care. Ideally, this should be pursued within an overarching primary health care framework. There are examples of this as an ongoing approach in many countries and as an interim policy in others.

7.3 Guidelines and Support for Implementation

The federal, provincial, and territorial governments should work with providers associated with the HTF models to develop guidelines for implementing new models and phased approaches for whole models as well as sub-areas such as computer and software introduction. They should support providers who are able to accelerate and tolerate change. Governments should also consider providing training and transitional administrative funding and other supports, including:

- an initial guarantee of income for physicians during project implementation;
- training and consultation in organizing and managing a primary health care organization; and
- startup funding for:
- initial program planning time and other launch activities;
- capital funding for office renovations to accommodate a multidisciplinary team;
- clinical information and management systems including common electronic health records and systems; and
- patient information to facilitate access to the primary health care system.

Planning should encourage and facilitate linking sites and sharing information and ideas for implementation and practice that provides perspective, shares accomplishments, and gives a sense of what is realistic. This should be pursued within provinces as well as across the nation to link established and new sites.

7.4 Computers, Information Systems, and Telehealth

The federal, provincial, and territorial governments should consider further study of information systems with a focus on common electronic health record systems to develop viable options for primary health care organizations.

7.5 Administrative Simplicity

Governments should pay attention to program administration that is efficient and not excessively time-consuming for the providers and staff of new organizations to deal with. Once a government has funded a project, it must minimize all barriers to success, especially when those barriers exist in that government's own procedures. This is particularly important for initiatives that are to move from pilot to ongoing operations.

7.6 Collaborative Practice

Systemic and other obstacles that impede collaboration should be addressed. These obstacles include jurisdictional issues, regulatory and funding mechanisms, and a lack of policy development in nursing and medical associations and regulatory bodies. Many medical-legal issues hinder practitioners from working collaboratively. Some professional regulations must be changed to broaden the scope of practice. Policy and health care system changes are needed to identify reimbursement and other mechanisms that will support all providers in collaborative practices.

7.7 Joint Education of Providers

Governments and other stakeholders should support the implementation of recommendations by the Ontario Chairs of Family Medicine and the Council of Ontario University Programs of Nursing that call for undergraduate, post-graduate, and continuing education opportunities in the classroom, and clinically for joint education on collaboration in Canadian family medicine education programs.

7.8 Nursing

A federal/provincial/territorial initiative should develop national standards for terminology and scope of practice. It should include legislative requirements that support an expanded role for nurses and nurse practitioners.

7.9 Other Providers

A federal/provincial/territorial initiative should develop national standards related to the roles and contributions of other health providers in primary health care organizations.

7.10 Continuing Education Support

The federal, provincial, and territorial governments should explore ways to support, develop, and implement innovative ways to provide continuing education to health providers.

7.11 Clinical Practice Guidelines and Program Development

Research-granting bodies and other funding agencies should continue to support the development of clinical practice guidelines and programs for primary health care.

7.12 Public Education

The federal, provincial, and territorial governments should develop public education on all aspects of primary health care reform and provide support to those engaged in developing and implementing reforms, including the new models across Canada. The education packages should clearly indicate, to the general public as well as providers, the benefits of moving in this direction.

7.13 Success Stories

The federal, provincial, and territorial governments should work with those engaged in implementing new models to identify success stories and develop strategies that build on them (e.g., THAS in Ontario, nurse practitioner experiences).

7.14 Emergency versus Urgent Services

A task force with relevant professional representation should examine policies and practices regarding urgent care versus emergency care and their application in primary health care organizations.

7.15 Information Links and Data Standards

A federal/provincial/territorial initiative should be established to examine the incompatibility of codes for physician billing, hospital discharges, and other data vital to the evaluation of primary health care in Canada. It should establish policies and protocols for information sharing among the federal and provincial bodies. In addition, a research agenda based on the HTF projects should be developed. A task force should be established to address concerns about ethics reviews for evaluations and to develop a more streamlined approach.

7.16 Manage the Transition

Potential areas of resistance to change must be anticipated and met with understanding, education, and communication. Changes are needed in all fundamental legislative, financial, and administrative areas to allow all the nation's system resources to be complementary and to operate at their highest potential. Sensitivity is required to address particular circumstances and groups when opportunities for access to services are not being taken advantage of. Issues relating to organizational start-up, transition, and long-term sustainability must be considered in the context of the larger vision. Encouragement, incentives, and support are needed by those providers and leaders who are willing to take new directions in primary health care reform.

7.17 Conclusion

The recent renewal of attention to primary health care is timely. The experiences of the HTF initiatives reinforce how potential benefits for health providers, health organizations, governments, and other stakeholders make the opportunity costs too high to disregard. Most important, the potential benefits of achieving and maintaining good health make this a national priority. It is through these experiences that progress in primary health care may be achieved.

References

Canadian Medical Association. (1994). *Strengthening the foundation: The role of the physician in primary health care in Canada.* The Author.

Federal/Provincial/Territorial (FPT) Advisory Committee on Health Services. (1996). *What we heard: A national consultation on primary health care.* Ottawa: Communication Directorate, Health Canada.

Health Canada. (2001). *What is population health?* http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/approach/index.html

Marriott, J., & Mable, A.L. (2000). *Opportunities and potential: A review of international literature on primary health care reform and models.* Ottawa: Health Canada.

Marriott, J., & Mable, A.L. (1999). *Incentives, accountability and policy barriers: Inputs to incorporate into a primary care paper.* Unpublished report prepared for the Health Services Restructuring Commission in Ontario.

Marriott, J., & Mable, A.L. (1999). *The case in support of a national rural health strategy.* Unpublished report prepared for the Office of Rural Health, Health Canada, August.

National Forum on Health. (1997). *Canada health action: Building on the legacy – Final report of the National Forum on Health.* The Author.

World Health Organization (WHO). (1978). *Primary health care: Report of the international conference on primary health care* (Alma-Ata, USSR, 6-12 September). Geneva: The Author.

Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Primary Health Care

This appendix provides summary information on the HTF projects which were reviewed in the preparation of this document. For further information, please refer to the HTF website (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass).

(NA221) Benzodiazepine Use in the Elderly

Recipient: Association of Canadian Medical Colleges

Contribution: $618,455

This national project tested the feasibility of a Canada-wide drug utilization review as well as a continuing medical education (CME) component for primary care physicians concerning appropriate benzodiazepine prescribing. The inappropriate prescribing of benzodiazepines in the elderly has been well documented. All eight provinces with medical schools have adopted their own approach to the issue. Ontario and Quebec were able to identify physicians with potentially inappropriate patterns of prescribing and to tailor education efforts to these individuals on a confidential basis. Interventions in the provinces included seminars, the mailing of written material, and patient education handouts. Four provinces also used academic detailing. Two provinces used interactive small-group CME. The thrust of the initiative in all locations was non-coercive and educational. At the time of reporting, follow-up analysis had been completed only in Newfoundland and Ontario; Newfoundland showed no major change in group prescribing data, and Ontario showed a very modest decline in individual prescriptions to seniors.

(NA385) A Tri-Partite Approach to Developing a New Model of Primary Care for Eskasoni First Nation

Recipient: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada

Contribution: $465,133

This project designed, implemented, and evaluated a holistic model of health service delivery in Eskasoni, a First Nations community in Cape Breton, Nova Scotia. The project initiated the following elements: the continuing transfer of health care administration from the federal government to the local band; the change of physicians' services from a solo, fee-for-service model to the model of a multi-doctor, multidisciplinary clinic; the construction of a new health complex, housing services from both within and outside the community; the better utilization of physicians, hospitals, and prescription drugs; the integration of doctor-based services with community health programs; and the establishment of links with the regional health centre. The model made improvements in the efficiency and effectiveness of programs. Although not all the data were available at the time of evaluation, during the first year, visits to the emergency department declined by 40 per cent; visits to family doctors declined from a high of 11 per year to four per year; and the cost of prescribed medicines decreased 7 per cent despite a 10 per cent increase in population.

(NA321) Evaluation of Nursing Practice Models in Primary Health Care Settings

Recipient: The Centre for Nursing Studies, St. John's, Newfoundland

Contribution: $206,885

This national project investigated how registered nurses working in expanded and/or extended roles are helped or hindered in their delivery of primary care services. Researchers established terms and definitions, developed a profile of relevant policies and legislation in each province and territory, constructed a profile of the structures employing nurses in these roles, and gauged the perceptions of physicians, patients, and registered nurses toward such an expanded professional role. The project found great inconsistency and variation across the country in nursing practice, in legislation governing nursing practice, in the scope of practice boundaries, and in educational requirements. More restrictions on nurses' performance exist in places where there are more physicians. When fewer nurses with appropriate preparation are available to work in remote regions, educational expectations and standards decline. The physicians surveyed said that expanded nursing roles could increase patient access to services in remote areas, increase the availability of comprehensive health care services, and improve the quality of care and health outcomes. However, they expressed concern about decreased incomes, limited access to diagnostic services, impediments to physician recruitment and retention, and compromises to the

continuity of care for patients. Nurses raised concerns about restrictions imposed on the scope of practice, skill and knowledge limits, inadequate professional and public awareness, and strain and insecurity due to lack of support and resistance from physicians. The patients surveyed reported that they were "very satisfied" with the care provided by these nurses.

(NA342) Improving the Effectiveness of Primary Health Care Through Nurse Practitioner/Family Physician Collaborative Models of Care

Recipient: Sisters of Charity of Ottawa Health Services

Contribution: $745,695

This study systematically evaluated ways to improve "structured collaboration" between nurse practitioners and family physicians at two intervention and two control sites in rural and remote parts of Ontario. A learning module on collaborative practice was designed, pilot tested, and then introduced at the intervention sites. After completing the module, the participating health care providers (nurse practitioners and family physicians) selected five actions that could be undertaken in the study time frame to strengthen their own collaboration. The project found that changes occurred at the intervention site once an effort had been made to structure the collaboration. Whereas nurse practitioners assumed increased responsibility for curative activities, took on more complex care of patients, and referred fewer situations to family physicians, the physicians did not change their referral patterns – full collaboration, with a high level of two-way referral, was not achieved. Investigators believe that more time and experience is needed for that shift to occur. New, agreed-upon role guidelines were successfully adapted, and, at the comparison site, in-house referrals to physicians increased during the study period.

(NA366) Telecentres for Education and Community Health (TEACH)

Recipient: Memorial University of Newfoundland

Contribution: $199,000

This pilot project aimed to develop, implement, and evaluate a model for delivering primary health care and education in three rural Newfoundland communities by using communications technology. The project analyzed reports from three telehealth sites as well as evaluation forms completed by patients who had used video conferencing or other telehealth applications; researchers also consulted health professionals and technical staff and interviewed key parties, including health care providers. Clients rated telecentre facilities as good or excellent and said that they would use them again. Problems arose, however, with the cost of satellite equipment and the absence of a funding mechanism to compensate doctors for their telehealth work.

(NA369) Socio-Economic Differences in the Use of Health Care: Why Are There Non-Financial Barriers to Medically Necessary Services?

Recipient: Canadian Institute for Health Information, Toronto

Contribution: $213,044

While undertaking a study of socio-economic differences in access to health care in Canada, a team of university researchers from five provinces has revealed a deeply flawed and fractured system of provincial/federal health data keeping. The result is an examination of the barriers to assembling data for appropriate research purposes. Although a study examining inequitable access to prescription drugs, home care and long-term care is still expected, in this report the researchers outline a complex and time-consuming array of approvals, clearances, contractual arrangements, and policies that had to be cleared before the project could proceed. They encountered provincial diversity in legislation, policies, and procedures to ensure privacy and confidentiality of personal health information; little support for data sharing between provinces; and conflicting bureaucratic priorities. Data-keeping itself was problematic, with different coding systems in each province for physician claims, hospital discharge data, and other databases, creating a major barrier to interprovincial research on health services utilization and outcomes. The authors suggest that their organizational framework – a pan-Canadian network of researchers, analysts, provincial research centres, and federal agencies – could pave the way for future research. The study sheds light on the inefficiencies in data collection and data protection systems in Canada, which will require political and administrative will to resolve.

(NA372) Community Health in French: Models for Francophone and Acadian Communities in Canada

Recipient: Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, Ottawa

Contribution: $211,150

This project describes and analyzes the functioning of four centres that offer health services in French to minority francophone populations: one in each of Prince Edward Island, Ontario, Manitoba, and Alberta. The authors also examine the community links of each model and the impact of these services on the clientele. In general, they found that although community governance was weak, the clientele was highly satisfied with the services received. They conclude that no single model of health care for francophones outside Quebec can be recommended, given the diversity of political and demographic conditions. All of the centres were successful in maintaining and even increasing services in French to their communities; the multidisciplinary nature of the centres contributed to their success. The authors note, however, the vulnerability of these services in a minority situation and the importance of federal government support. They recommend further study of the health needs of minority francophones in order to better respond to the needs of this population.

(NA1017) Neonatal Transitional Care Program Evaluation

Recipient: Calgary Regional Health Authority

Contribution: $65,385

This project evaluated a randomized clinical trial investigating the impact of a post-hospitalization support program for infants weighing less than 2,000 grams at birth. The study enrolled 135 low birth-weight infants and randomly assigned them to the intervention/case group or control group, with a further stratification into low birth-weight and very low birth-weight (less than 1,500 grams). Program personnel followed intervention-group infants for four months after they left hospital, providing anticipatory guidance and teaching within the home environment; control group infants received the standard public health nurse follow-up. Investigators found that improved infant and family outcomes can be realized when continuing support is provided. In particular, the intervention group received breast milk more frequently and for longer periods of time. Also, they received vitamin supplementation more appropriately and visited their physicians more regularly, with fewer unscheduled visits. No weight differences existed between the two groups at six months after discharge.

(AB301) Alberta Primary Health Care Project

Recipient: Alberta Health and Wellness

Contribution: $11,112,759 – 27 Studies

This report is a meta-analysis of the 27 Alberta evaluation and demonstration programs. The projects addressed primary health care through six key strategies: rural/remote access, illness prevention and health promotion through community development, early intervention and education, system restructuring, integrated service delivery, quality improvement, and community health centre models. Findings from these projects contribute, in various degrees, to an understanding of the six national dimensions of primary health care. Some projects found that existing methods of payment to physicians discourage them from participating in interdisciplinary and multidisciplinary activity. Many projects exemplified successful integrated service delivery and resulted in improved continuity of care. Others revealed a need for greater information sharing among providers, clients, public agencies, and administrators. Yet others emphasized the importance and benefit of early intervention and public awareness strategies. Rural projects demonstrated successful alternative strategies for advancing primary health care such as telehealth, "settlement nurses," remote health teams, and immunization schedule monitoring. All projects completed individual reports and are accompanied by fact sheets and summaries.

(AB301-1) A Study to Support the Repositioning of Services and Practices in the Provision of Primary Health Care

This project set out to identify areas of fragmentation and duplication in the Calgary Regional Health Authority. Using a "whole systems" model, researchers examined the existing system from three perspectives: population, providers, and services. All services, including for profit, not-for-profit, government agencies, and regional health authority agencies, were studied, and game theory and systems model theory

were used to describe findings. This project includes examples of the challenges and implications of change to primary health care delivery in Calgary.

(AB301-2) An Evaluation of the Alexandra Community Health Centre as a Model of Primary Health Care

This Calgary project examined the Alexandra Community Health Centre (CHC) to determine the relationship between social services and primary health care. The CHC has been operating for 26 years and runs clinical services, psychological services, and a community development program. The project evaluated the centre with respect to quality, access, integration, health impact, cost-effectiveness, and transferability. An internal evaluation team collected data, and an independent evaluation team reviewed the findings in a primary care context. This project unfortunately faced major changes in key staff, variable levels of support, and the halting of the community development section of its service, thus significantly hampering the outcomes.

(AB301-3) 8th and 8th Health Centre Proposal for a Formative Evaluation

The operations at Calgary's 8th and 8th Health Centre, a downtown facility offering 24-hour urgent medical care as well as mental health, public health, continuing care services, and community liaison, were evaluated with the goals of improving the centre and, depending on the results, exploring the possibility of developing other similar centres in the region. The study found that the centre's services were used by a considerable number of individuals who neither work nor reside in the downtown core. The main reasons for visiting the centre included its location, convenience, clients' satisfaction with services and staff, short waiting times, and possibly the users' lack of a family physician. The study also suggested that when urgent care is incorporated into a health centre model, the continuity of care may be compromised.

(AB301-4) Enhancing Primary Care of Palliative Cancer Patients

This project aimed to improve the quality of care for palliative cancer patients in the Calgary Regional Health Authority. Researchers established clinical practice guidelines (CPG) for palliative sedation; facilitated the transition to palliative care by adopting standardized consultation notes for physicians; conducted an educational needs assessment of care providers, patients, and family members; and disseminated palliative care information in a brochure. The study found that families and patients wanted information on alternative and complementary cancer therapies. The assessment of the CPG on palliative sedation indicated high rates of inappropriate sedation and problems with managing delirium in patients. However, communication initiatives were well received by palliative care providers, who said it helped identify expectations of providers, patients, and families.

(AB301-5) Evaluation of a Primary Health Care Clinic According to the Primary Health Care Parameters of First Contact, Longitudinality, Comprehensiveness, and Coordination

This primary care project evaluated a community-based family practice clinic in Calgary. Researchers established care quality indicators, held workshops with physicians and nurses, staged focus groups with patients and community members, conducted an extensive literature review, and asked key stakeholders to rank primary care indicators such as accessibility, comprehensiveness, and the patient–physician relationship. The study found that a successful evaluation process includes an on-site project leader, the active involvement of clinic staff, and support from individuals skilled in methodology, literature review, and financial management. It has produced several useful tools, including a literature review of primary care indicators and a list of 50 indicators for evaluating family practice clinics in the areas of access, quality, and integration.

(AB301-6) Evaluation of Urban Patients' Choice of an Emergency Department as Their First Contact with Primary Health Care Services

The question of why so many people use emergency departments rather than other primary care services such as doctor's offices and walk-in clinics was the focus of this project. It sought to develop a transferable tool that could be used to measure people's perceptions about primary care access, to profile patients using emergency departments for primary care, and to identify barriers to the use of other primary care environments. Data were collected from patient surveys, a literature review, telephone interviews, community groups, and regional sources. Although the project did produce a demographic profile of the patient population, it has not yet developed a

transferable tool or identified barriers to alternative primary care. The study found that most patients try to contact a health professional or non-professional before going to the emergency department but are driven to use emergency departments by a sense of worry and urgency. Overall, it found that most patients arriving at the emergency department were not frequent users of the facility for primary care.

(AB301-7) Integrating the Services of the Nurse Practitioner in the Inner City: A Proposal for Evaluation of Enhanced Services at CUPS Community Health Centre

This project evaluated the integration of a nurse practitioner (NP) into a busy collaborative community health centre serving a socially and economically marginalized population in downtown Calgary. Nurses, physicians, dentists, chiropractors, and an orthotics technician formed the interdisciplinary team at the clinic, which provides care for about 13,000 client visits a year. Central to the project was the question of whether or not the skills and knowledge of a nurse practitioner, who is traditionally trained to work in isolated rural settings, could be transferred to an inner-city setting. The study found that the NP significantly increased access to care. The number of clients who had to be turned away decreased by 40 per cent and outreach to other settings increased. Also, because the NP was able to deal with patients who did not require the attention of a physician, physicians were able to spend more time with patients who needed their level of care.

(AB301-8) An Evaluation of the Airdrie Regional Community Health Centre

This project evaluated the first year of operation of the Airdrie Regional Health Centre (ARHC), looking at how the centre practised the principles of primary health care. ARHC's services include health promotion, education, counselling, disease/illness prevention, home care, speech assessment and treatment, and hearing assessments. Researchers discovered that ARHC did not meet public expectations of what a health centre should offer. The public wanted a 24-hour, walk-in clinic with nurse practitioner services to address minor emergencies. However, the regional health authority and inadequate public funding would not support such a vision. In addition, the organizational structure, including budgets and different geographic catchment areas for different programs, was a barrier to integrated service delivery. Other barriers existed at ARHC: organizational turmoil, funding obstacles, and a prolonged debate about the nature of primary health care.

(AB301-9) Enhance and Evaluate COPE (Community Outreach in Pediatrics/Psychiatry and Education Program): A School-Based Primary Care Initiative

This project looked at how to enhance and evaluate a school-based mental health program that identifies and diagnoses children with mental health problems. As well, the project investigated relationships between medical and school personnel and investigated the extent to which families were knowledgeable about their children's mental health. The project's ultimate goal was to reduce long-term social and health problems associated with the late identification of mental health problems. The study resulted in an earlier, more accurate, and more comprehensive diagnosis of children's emotional, behavioural, and learning difficulties. It also was found that the fee-for-service funding structure actively discourages physicians from working in school-based settings.

(AB301-10) Shared Mental Health Care in Primary Care Practice

This project sought to develop better links between family physicians and mental health providers (psychiatrists, psychologists, and nurses) by facilitating the delivery of mental health care in family physicians' offices. Mental health care was shared among three psychiatrists, 24 family physicians, three mental health nurses, and one psychologist. The study found that participating family physicians were more effective and confident in dealing with mental health issues and were better able to recognize, diagnose, and treat patients with mental health problems. They also spent more time counselling patients and seemed to prescribe psychotropic medications more appropriately. Patients also were satisfied, saying they appreciated the convenience, accessibility, and lack of mental health stigma when treated in their doctor's office.

(AB301-11) Strengthening Multidisciplinary Primary Health Care Teams in Coordinated Disease Prevention and Management

This project brought together community-based health care practitioners in order to better prevent and treat two chronic health conditions: diabetes and

osteoarthritis. The project had two phases. Phase one developed disease care plans based on evidence-based clinical guidelines by linking multidisciplinary groups via the Internet. Phase two implemented these care plans in six primary health practices. The study found that on-line information tools were most useful in exposing the roots of disagreement among team members. Members preferred face-to-face sessions for building consensus and reviewing care plans. Although on-line activities complemented workshop-based activities, it could not replace them; time and geographic restraints were challenges to this collaborative arrangement.

(AB301-12) Evaluation of the Healthy Okotoks Project

This project evaluated an existing community program, the Healthy Okotoks Coalition (HOC), which encourages citizen involvement and enhances the capacity of indigenous leadership to address local concerns. Researchers developed a set of outcomes and process measurement tools and tried to identify barriers, apply the findings to improve the processes, and develop a blueprint for evaluating future "Healthy Communities" projects. The study found that the HOC achieved 24 community changes that it believed had increased opportunities for healthy living, including a community garden, a skateboard park, increased awareness of fetal alcohol syndrome, and a youth curfew. However, the HOC did not extend itself into the community to the extent that members felt was necessary to be representative of community needs, particularly those of marginalized groups.

(AB301-14) Healthy Families Primary Health Care Services to High-Risk Families

This Capital Health Region project involved intensive home visits providing long-term services to families with their first child. It partnered with many community agencies, including public health centres, traditional healing societies, and child and family services to target families at risk of poor health outcomes for their children as a result of poverty or social factors. The project aimed to improve parenting by increasing parents' knowledge and use of community support and by assisting them in improving their personal development. It also sought to improve the child's health and development. The families involved expressed a high level of satisfaction with the services, as did staff and other stakeholders. The parents' knowledge of their children's development increased, and most parents said their relationship with their children improved because of the program. The study also noted a decrease in the number of infants being taken to emergency departments.

(AB301-15) Misericordia Health–Lifestyle Improvement Education Centre

This project sought to find a better way to provide health information to patients with elevated cholesterol than is available in the traditional fee-for-service system, which discourages family physicians from counselling their patients about healthy lifestyles. The project created an education centre, in which patients received risk-reduction information on cholesterol. Team members did pre- and post-assessments of participants' dietary knowledge and habits, fitness, and cholesterol levels. In addition, they interviewed both physicians and clients. The study found that both treatment and control group participants decreased their serum cholesterol and increased their frequency of physical activity. Support by family and friends was important in maintaining motivation. Family physicians who referred patients to the program reported that although they did not change their practice, they supported the program and would in the future refer patients if such a program were available.

(AB301-16) Evaluation of the Northeast Edmonton Community Health Centre

This project evaluated the Northeast Edmonton Community Health Centre (NECHC), which operates on primary health care principles. The services available at the centre include family health, child and adolescent health, mental health, women's health, seniors' health, lab and diagnostic imaging services, audiology, an asthma care centre, and emergency services. The project proposed an enhanced health care team to integrate services as a way to better serve clients. Over a period of 14 months, an internal evaluation team collected, analyzed, and interpreted data regarding utilization, client needs and services, referrals, emerging issues, and northeast quadrant trends. Researchers concluded that the NECHC's goals differ fundamentally from those of traditional hospitals, and thus the standards for defining success should reflect the long-term focus of the centre.

(AB301-18) Health for All (Métis Settlements and Lakeland Regional Health Authority)

This project set out to improve the overall health of residents in four Métis communities in east central Alberta by providing a "settlement nurse" to provide on-site, non-emergency programs and services. It took place in a context of long-standing mistrust and miscommunication on the part of both the Métis community and members of the regional health authority. A major challenge for this project was bridging cultural differences. A major success of the project was the establishment of a trusting relationship between the settlements and the Lakeland Regional Health Authority. The project also demonstrated the importance of the settlement nurse as a link to other services as well as a direct service provider. Although some community members reported that the settlement nurse helped them improve their health, health providers saw no changes in community knowledge as a result of health promotion efforts.

(AB301-19) Evaluation of the Usefulness of Telehealth in Providing Enhanced Primary Health Services to the Northern Geographically Remote Communities of Trout Lake, Peerless Lake, and Red Earth Creek

This project evaluated the effectiveness of an existing telehealth service in providing primary health care to three geographically remote communities. Telehealth services are thought to be useful because they may improve the quantity, continuity, availability, and accessibility of care in isolated communities. However, project staff and participants did not receive sufficient training in telehealth operations, and participants found there were not enough telehealth interactions to conclude whether or not this technology delivered quality care, was cost-effective, or increased access. Very little statistical or perceptual data was available to enable researchers to answer the original question of whether telehealth was useful or not. Project leaders concluded that "under the right conditions and guidance," telehealth might benefit the communities studied.

(AB301-20) What Are the Client Characteristics and Their Perceived Barriers for Non-Adherence to Immunization Schedules and What Impact Will an Immunization Refusal Strategy Have on Subsequent Adherence at Six (6) Months, Twelve (12) Months, and Eighteen (18) Months?

This project aimed to increase immunization rates in the Keeweetinok Lakes Regional Health Authority, a geographically large and culturally diverse region of 25,000 residents, almost 50 per cent of whom are Aboriginal. It hoped to increase immunization rates by inviting people who did not wish to update their child's immunizations either to sign a "refusal" form or to make an appointment for a subsequent immunization. It then followed up adherence at the 12-month, 18-month, and pre-school visit stage. Researchers found that parents' lack of knowledge about vaccines may be the most important single barrier to immunization. Lack of access to clinics was also a major factor. Other barriers to immunization included lack of child care and transportation problems. The project increased the region's immunization rates by about 20 per cent. The written refusal option was found not to be an effective strategy for dealing with under-immunization.

(AB301-21) Healthy Families Project

A home visiting program modelled on the United States' Healthy Families America program, this project provided long-term services to families with their first child. Participating families struggled with factors such as poverty, isolation, youth (many were teen parents), substance abuse, and violence. The goal of the project was to promote positive child–parent interaction, ensure healthy child development, support parents' functional development, and increase parents' knowledge of community supports. Participating families were linked with a "family visitor" who made weekly visits, providing parents with education, skill development, and links to community resources. Families rated the program excellent or good, and the program helped most families to use positive parenting strategies regularly. Overall, clients thought the program helped them become more confident in making community contact.

(AB301-22) Primary Health Care Project for Elnora Area

This project set out to develop, implement, and evaluate a primary health care model for rural areas that would incorporate community development principles. It hoped to provide Elnora area residents with affordable, accessible, effective and acceptable health care services through the introduction of a nurse practitioner (NP) at the rural health centre. The NP provided extended nursing practices such as prescribing medication, suturing, physical examinations, and ordering and interpreting lab work. The NP also maintained basic emergency supplies, equipment, and related drugs. On the whole, the project concentrated on "health care services" rather than on factors contributing to health. However, the services of the NP were used and accepted, and people had no trouble differentiating between an illness or injury that needed a physician's attention and one that could be seen by an NP. In addition, they had increased confidence in emergency response management.

(AB301-23) Remote Primary Health Care System

This pilot project provided residents in three targeted remote communities with a mobile team of health professionals that visited the towns weekly or semi-weekly. The core team consisted of a physician, nurse, pharmacist, laboratory technician, respiratory therapist, and speech language pathologist. A second team provided breast health services, nutritional services, diabetic education, community outreach, and a youth justice resource. The project's goal was to improve access to primary health care, improve community perception of health care services, and develop links with appropriate agencies. Strong and harmonious relationships were formed among mobile team members and between staff and community members. Residents reported high satisfaction with the services they received and did not confuse the mobile services with other health services. Also, there was significantly increased compliance with prescriptions for medications and flu shots.

(AB301-24) Primary Health Care and Brooks (Brooks Cares Project)

Recipient: Palliser Health Authority

Contribution: $103,861

Researchers sought to determine the primary health needs of a rapidly changing population in the Alberta town of Brooks, which experienced a surge of newcomers from diverse countries such as Iraq, Somalia, Bosnia and Cambodia. The project planned a "participatory action research" approach to help meet their needs, but the project was more theoretical than practical, did not reach its audience, and was terminated.

(AB301-25) A Program Evaluation of Diabetes Centres in the Capital Health Region

This project set out to examine the range of services that centres provide; the population that each centre serves; whether clients are satisfied, whether the centres are successful in teaching information about diabetes; and the problems that clients perceive to be barriers to accessing outpatient diabetes services. Team members developed an evaluative model for measuring the outcome of client participation from the perspective of clients, their families, and their physicians. The study found that clients were satisfied with the services and that the centres' education program resulted in improvements to their health and an increase in knowledge. Clients taking insulin showed no change in their knowledge. The proportion of clients who indicated that their blood sugar remained out of control after the education program decreased from 64 per cent to 22 per cent.

(AB301-26) Primary Health Services in Four Rural Communities

This project attempted to establish integrated primary health services in four rural communities in the East Central Regional Health Authority of Alberta. It focused on working with these communities in partnership to build an integrated and sustainable primary health system that could eventually be transferred across the region. Each community engaged in new activities as a result of this project, ranging from service inventories to information gathering to planned projects such as a community forum to address bullying at a local school. As the project continued, participants felt the region listened to those involved and recognized that each community

would approach the initiative in its own way. By the second phase, there was less concern about turf protection, and all respondents felt the project had established successful partnerships.

(AB301-27) Primary Health Care Collectives: Improving the Quality of Medication Use in the Community (Pharmacy)

This project attempted to improve the quality of medication use and medication management by patients and care providers alike. It hoped to achieve these goals by establishing community-based teams, called "collectives," comprised of a physician, a pharmacist, and a home care nurse. The project selected high-risk patients who were, on average, taking five medications, were about 66 years old, and self-reported their health status as poor. The project had mixed results. Patients did access home care services that were previously unavailable to them, and they significantly improved their compliance with medication regimes. In addition, data suggested a trend toward fewer physician and hospital visits, although this finding was not statistically significant. However, the patients' health status did not significantly improve.

(BC301) Primary Care Demonstration Project

Recipient: British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution: $9,471,197

This three-year project established a primary care model in British Columbia that adopted an integrated multidisciplinary group approach to primary care. The seven project sites provided 24-hour/7-day-a-week access to medical care and access to a full range of care, including illness and injury prevention and health promotion. Changes included funding physicians on a capitated or population-based model, establishing quality-assurance mechanisms, extending hours of service, enhancing computerized systems, and integrating medical services with community services. The project offers lessons on how best to implement the often difficult change to primary care, including the insight that a staged implementation approach should be undertaken and that reorganizing physicians into a group practice takes a minimum of six months. It found improved job satisfaction for health care professionals and noted their satisfaction with the blended population-based funding formula.

(BC404) Home Birth Demonstration Project

Recipient: British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution: $167,400

This project established the first systematic examination of planned home births in a regulated setting in Canada. When British Columbia began regulating midwifery in January 1998, midwives and their clients were required to participate in this project, which ran until October 2000. A multi-stakeholder advisory committee developed midwife protocols and a data collection system and then dealt with emerging issues and recommendations. An independent evaluation team identified negative situations and forwarded the cases to a panel of clinical experts, which identified practice and integration issues. In the study, data from 862 planned home births were evaluated and compared with 743 planned low-risk hospital births attended by a physician and 571 planned hospital births attended by a midwife. Researchers found that midwives are able to appropriately screen women, are cautious practitioners of home birth, and cooperated well with other health care workers. Planned home births compared favourably with – and sometimes outshone – hospital births with respect to postpartum hemorrhage rates, infections, and rates of inductions, episiotomies, and other interventions. However, some cases of obstetrical shock, and three of the four incidents of perinatal death, occurred during home births. The authors caution that the sample size was not large enough for valid statistical comparisons of risks.

(NF301) Primary Health Care Enhancement Project

Recipient: Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador

Contribution: $2,181,823

This project evaluated Newfoundland's Primary Health Care Enhancement Project (PHCEP) at three rural sites within the province. PHCEP, an initiative of the Province of Newfoundland and Labrador that was funded jointly by the HTF and the province, focused on three urgent rural health care issues: the recruitment and retention of health professionals, continuity of care, and the movement toward a primary health care model. Recruitment and retention problems were

tackled by multidisciplinary medical services and teaching units at each site. Continuity of care was addressed by establishing nurse practitioners. The third component was the use of video conferencing equipment for clinical consultations, the dissemination of health information, and the creation of professional development opportunities.

(NS301) Strengthening Primary Care in Nova Scotia

Recipient: Nova Scotia Department of Health

Contribution: $2,805,678

This project piloted and evaluated a new way of delivering primary health care services that addresses the access issues posed by a shortage of family doctors in rural and remote areas and the general lack of service coordination and collaboration among health care professionals. It set out simultaneously to introduce a new primary care provider (a nurse practitioner), advanced information systems, and alternative payment mechanisms for physicians. The pilot program is unfolding in four Nova Scotia communities: Caledonia, Pictou West, Springhill, and Halifax. To establish the new position of nurse practitioner, collaborative practice agreements between physicians and nurse practitioners were developed and approved, the Pharmacy Act was amended, and orientation, training, operational, and continuing education issues were addressed. During the start-up phase, the information system component developed and successfully implemented an integrated electronic patient record and practice management system, installed hardware and software, and pursued the goal of nurse practitioner shadow billing. Regarding alternative funding, none of the sites opted for the population-based (block) funding option, so alternative payment contracts for physicians (three of them predating the project) were featured. Still underway, the initiative will continue with support from the provincial Department of Health until December 2002, and the final evaluation report is to be published in 2003.

(NS421) Enhancing the Care of People with Mental Illnesses in the Community: A Model for Primary Care Service Integration in the Area of Mental Health

Recipient: The Nova Scotia Hospital

Contribution: $397,200

This project piloted a "Shared Care" model of mental health delivery to improve identification, early intervention, access to appropriate services, and outcomes. The Shared Care model deployed mental health workers and psychiatrists in primary care settings at four sites in Nova Scotia: an inner-city community health centre, an urban family medicine centre, a rural family practice, and a comparison site. Each intervention site had three FTE family physicians on salary and a receptionist, psychiatrist, and mental health worker. The comparison site had fee-for-service physicians. A total of 241 patients gave written consent to participate in the research. The evaluation found that patients at the intervention sites received improved access to appropriate mental health services: decreased waiting times, reduced visits to emergency, more referrals for mental health consultations at their own site, and high rates of patient satisfaction. The patients' mental health outcomes were improved, and there was improved collaboration and communication between health care providers.

(ON221) Randomized Trial Evaluating Expanded-Role of Pharmacists in Seniors Covered by a Provincial Drug Plan in Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)

Recipient: McMaster University, Hamilton

Contribution: $677,360

The study evaluated a five-month program that linked family physicians with pharmacists trained to provide cognitive, clinical, patient-based care (known as "expanded role pharmacists" or ERPs) in an attempt to optimize drug therapy for seniors. The study used a "cluster randomized control trial design" that involved 889 senior patients, each using five or more medications, in 48 family practices in urban and rural Ontario. The SMART project twinned pharmacists with family physicians in the intervention group, provided access to medical records and patient interviews, facilitated recommendations on identified drug-related problems, and determined over the next five months which recommendations would be

implemented. The report notes that the experiment was successful, effective, and reproducible: drug-related problems were identified in 88 per cent of the patients in the intervention group; physicians agreed to implement 84.2 per cent of the recommendations they received; and after five months, 56.5 per cent of those changes had been implemented successfully. The study found no significant differences between the intervention and control groups in terms of mean number of daily medications or medication units, proportions of appropriate or inappropriate drug use, the proportion of patients reporting a problem with their medications, or quality of life. Both physicians and pharmacists said they would recommend the method of collaboration to colleagues.

(ON222) Partners for Appropriate Anti-Infective Community Therapy – Development of a Guideline Dissemination Infrastructure

Recipient: University of Toronto

Contribution: $150,000

This study looked at the feasibility of extending an education strategy called PACCT (Partners for Appropriate Anti-infective Community Therapy), which had proven effective in a 1996 pilot, to the whole province in order to combat antibiotic resistance. The project had six objectives: to establish a provincial network for disseminating evidence-based guidelines and educational materials; to empower family physicians to play a leadership role in improving the use of antibiotics; to contribute to decreasing regional and national bacterial resistance; to promote the appropriate use of anti-infectives; to improve patients' understanding and use of anti-infectives; and to provide an opportunity for enhanced physician-patient-pharmacist communication about drug-related issues. The project developed a provincial network of trained facilitators and supplied them with materials as well as program and evaluation support to give training to primary care providers in their communities. The project was not designed to measure changes in antibiotic prescribing and use. The report draws out the lessons learned and extends their application to suggest that this information dissemination approach could be extended to other primary care best-practice guidelines over a wide geographic area.

(ON301) Primary Care Reform Implementation and Evaluation

Recipient: Ontario Ministry of Health and Long Term Care

Contribution: $18,247,528

This project tested primary care reform at seven pilot sites across the province, one of the first steps in an Ontario government–Ontario Medical Association joint initiative to implement major province-wide primary health care reform. The goal of reform is to move away from individual physician care to networks of physicians (primary care networks) that enrol patients for the provision and coordination of primary care services. This evaluation report is a preliminary accounting of what has occurred up until the spring of 2001, by which time 11 networks had enrolled 218,398 patients and physician-patient ratios varied from 1:430 to 1:2,245. The key aspects of the primary care networks include population-based funding for services (either through "reformed fee-for-service" or through "global capitation" mechanisms); the enrolment of patients; a telephone triage system after hours; incentives for preventive interventions, and the use of information technology to better coordinate services. In this draft report, physicians felt that it was too early to notice much change in their practices, although most seemed satisfied with primary care reform steps. The short duration of the evaluation to date limits the ability to draw conclusions about cost-effectiveness. The government is committed to having 80 per cent of family doctors voluntarily join the "Ontario Family Health Networks" by 2004 and plans an investment of $250 million to establish these networks. The HTF contributed $18 million for the pilot projects; this is the final report of the first phase of evaluation.

(ON321) Mental Disorders in Primary Care

Recipient: Centre for Addiction and Mental Health, Toronto

Contribution: $195,294

This study investigated whether a special mental health training binder and workshop could improve primary care physicians' confidence and skill at recognizing, diagnosing, managing, and treating common mental health disorders. The training materials were developed by the World Health Organization Division of Mental Health and Programme of

Substance Abuse, and the study found that focus groups preferred the content over drug-company sponsored materials. A total of 2,548 physicians in three settings was selected to receive the materials: binders, pre-test questionnaires, and an invitation to the CME credit workshop. The study evaluated two groups of doctors: those who returned the pre-test questionnaire and attended the workshop, and those who received the materials and did the questionnaires but did not attend the workshop. Physicians in both groups reported an increased confidence and skill in recognizing and treating depression and anxiety, but there was no difference between those who simply read the binder and those who attended the workshop. For substance abuse, however, those who attended the workshop reported an increase in confidence, whereas those who simply read the binder did not.

(ON428) Coordinated Stroke Strategy

Recipient: Heart and Stroke Foundation of Ontario

Contribution: $750,000

This study evaluated a Coordinated Stroke Strategy demonstration project, which is integrating stroke care across "the continuum of care" from health promotion and risk factor management to pre-hospital and acute care through to rehabilitation and community reintegration. The study examined efforts to improve secondary prevention strategies in two pilot programs and tested the effectiveness of some marketing strategies for messages about the warning signs of stroke. Each demonstration region developed networks and mobilized stakeholders in its own way; the variations and resulting benefits or problems are laid out in this study. The project has also added knowledge about processes and protocols at successful stroke-prevention clinics.

(PE321) Enhancement of an Integrated Model of Prenatal Assessment and Care on Prince Edward Island

Recipient: Prince Edward Island Department of Health and Social Services

Contribution: $100,000

This project promoted interventions during pregnancy to prevent risks to the newborn, the mother, and the family. Researchers used an existing prenatal psychosocial assessment model and then held education sessions for 73 physicians on how to conduct enhanced assessments. Referrals were made to appropriate community services that agreed to inform physicians about their clients' outcome. Interventions included counselling on breastfeeding, mental health, nutrition, stress, and smoking cessation. After a three-month period, participating physicians reported that they were satisfied with the education sessions. Although there was little change in the number of referrals or in the ease of access to clients, physicians became more aware of services, and communication between doctors and patients improved.

(QC301) Populational and Organizational Impact of Introducing an Integrated Approach to Asthma Control in the Territory Served by the Hôtel-Dieu Hospital in Saint-Jérôme

Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

Contribution: $37,000

This pilot project set up an integrated approach to controlling asthma. It offered training to practitioners to increase their knowledge about asthma, build links among practitioners, and promote the referral of patients to the *Centre d'enseignement sur l'asthme* (CEA, an asthma teaching centre). The CEA aimed to improve patients' self-management of their disease. In general, patients and practitioners were satisfied with the activities of the project. The integrative aspects of the project were less successful. The study found that although the target audience may be found in the emergency department, this is not the best place to motivate patients for education in self-management.

(QC302) Reorganization of Heart Health Primary Care in the Quebec Region

Recipient: Centre hospitalier universitaire de Québec, Direction de la santé publique

Contribution: $801,094

This pilot project was designed to reorganize services to patients either suffering from cardiovascular illnesses or at risk of such diseases. The project covered the territories of four CLSCs located in the Quebec health region and included services from prevention to rehabilitation. The project succeeded in establishing a network in each CLSC territory of practitioners from the public, private, and community sectors. It did not, however, succeed in gaining the collaboration of doctors in private practice, either

in doing more preventive counselling or in referring their patients. The project evaluation shows that patients who participated improved both their physical activities and their diet after three months, and they were less likely to consult a physician or to be hospitalized during that period. Regional leadership was seen as crucial. Establishing norms and standards for community programs was problematic for the project coordinators but essential to ensure the quality of services. The lessons learned mostly relate to the challenges of implementation.

(QC303) Development and Application of Guidelines for Optimizing Medical Practices

Recipient: Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM)

Contribution: $350,600

This demonstration project was designed to develop guidelines for practice. It used a process based on incorporating the best scientific evidence and on involving from the outset scientists, decision-makers, and clinicians at the regional and provincial levels. The purpose of the guidelines was to optimize medical practice by informing practitioners about relevant recent evidence. The four chosen treatment situations were screening for prostate cancer, pharmacological treatment for stable angina, prescription of medical imaging, and use of knee arthroscopy. The project produced guidelines on the use of a screen for prostate cancer, implementation and dissemination of which appear to have reduced the subsequent use of the laboratory test in Quebec. However, limited progress in the other areas did not permit the project to determine whether such guidelines can change medical practice or the best way to develop and implement guidelines. The authors set out the lessons learned from this project about the prerequisites for success: clear planning, the availability of tools for analysis, leadership from professional associations, and access to adequate data and financing.

(QC304) Implementation of a Protocol for the Systematic Identification of Female Victims of Violence at Quebec CLSCs

Recipient: Le CLSC St-Hubert

Contribution: $495,800

This pilot project developed and introduced a screening protocol and an accompanying guide to detecting conjugal violence for use in CLSCs in Quebec. Implementation of the protocol involved developing new attitudes among both managers and professionals who were involved in primary care, as well as training these groups in recognizing conjugal abuse. Evaluations indicated a high rate of use of the protocol, but a study of legal and ethical issues arising from its use remains to be done. Originally, 80 CLSCs were targeted, but in the end all 154 CLSCs in the province expressed interest in implementing the protocol. The authors suggest that the professional associations of the various categories of health workers should be involved in implementing the protocol.

(QC305) Supraregional Mother–Child Network

Recipient: L'Hôpital Sainte-Justine

Contribution: $2,278,514

This project established a "mother-child network" among hospitals in four health regions in Montréal and the surrounding area, reaching into rural areas north of the city, to lighten the burden on urban centres by shifting primary and secondary care to hospitals close to patients. The project used telemedicine technologies and telehealth training for practitioners. Clinical practice was reorganized to care for mothers and children in hospitals near their home, and the project developed coordination mechanisms to ensure a continuum of care during the transfer process. The evaluation of the project records some success, particularly at the level of operational coordination. The telemedicine aspect of the project also improved access to services in isolated areas where qualified doctors were rare. No estimate of cost-effectiveness could be done because of current data-collection practices. The authors note that one of the most intractable obstacles was that parents preferred to go to a hospital emergency department because they knew they could find pediatricians there. During the short time period of the study, access patterns did not change significantly.

(QC321) Innovative Project in the Quebec Region: Perinatal Clinics

Recipient: Centre hospitalier universitaire de Québec, Direction de la santé publique de Québec

Contribution: $96,905

This study of perinatal clinics in the region of Quebec City evaluated new initiatives designed to provide continuity of quality care to pregnant women and their families and to identify families at risk early in the women's pregnancy in order to refer them to other services. The evaluation aimed to provide meaningful feedback to managers and administrators on the implementation of this new approach. It also attempted to support practitioners who were adapting their practices to the clinics' goals. Survey results indicate that the clientele was generally satisfied with the services received and that practitioners supported the goals of this approach. The goal of reaching a large proportion of at-risk families was not attained, since this population rarely used the clinics' services. The researchers offer several conceptual categories for analyzing various approaches to service delivery. In addition, they emphasize that their results show the importance for managers of concentrating on the process of change as much as on the content.

(QC323) Putting in Place an Information-Technologies-Supported Training Program Aimed at Nursing Staff for Delivery of Health Services in Isolated Communities

Recipient: Centre de santé de la Basse Côte-Nord, Lourdes-de-Blanc-Sablon, Québec

Contribution: $748,213

This pilot project developed a continuing education curriculum for nurses in the isolated lower North Shore region of Quebec. Three 45-hour units were delivered through video conference technology. Originally, the project had hoped to teach nurses some advanced techniques because doctors were not likely to be available in these isolated settings. This goal had to be set aside when the Collège des médecins du Québec insisted that protocols related to nurses performing these techniques must be agreed upon by the professional bodies concerned. Alternative curricula were therefore developed and taught. The nurses acquired new knowledge and were generally satisfied with the courses, although a majority of participants reported that limited changes occurred in actual practice. They also asked for clinical supervision in addition to the video conference. The experience resulted in improved collaboration between doctors and nurses and in more positive attitudes to distance education.

(QC324) Promotion of Clinical Prevention

Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Contribution: $411,585

This project used methods borrowed from marketing and adult education to promote clinically proven prevention practices, both directly to family physicians in private practice and indirectly to their patients. The project sent representatives to doctors' offices in "academic detailing," a process copied from pharmaceutical companies. They learned about doctors' needs and offered them information and material that would be useful to their patients, as well as suggesting office systems to facilitate preventive practice. During these visits, representatives determined which doctors were potential opinion leaders who would continue to promote preventive practice among their colleagues. The project's report notes that such leadership was key to integrating prevention into practice, but it said that barriers existed on the part of doctors and patients. The project established a channel of communication with more doctors than was originally anticipated and created links between public health and doctors in private practice.

(QC325) Project for the Education of Asthmatics Who Visit Emergency Rooms or are Hospitalized

Recipient: Hôpital Laval

Contribution: $750,539

This pilot and evaluation project was carried out in ten hospitals in Quebec and introduced a preventive program designed to instruct asthma sufferers in self-management of their chronic disease. Referrals to Asthma Education Centres (CEAs) were made through the emergency departments, which also offered patients information on the proper use of medication. The project was designed to reduce the demand on emergency departments, and resulted in the number of referrals increasing from almost none to 19 per cent of asthma cases presenting at emergency. However, only 8 per cent of patients followed up with

appointments at the CEAs. The study found that the emergency department was a good place to target patients but not to deliver training. The researchers recommend specific mechanisms to integrate the delivery of preventive education in an emergency setting.

(QC431) Capitation Project in the Haut Saint-Laurent RCM

Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Contribution: $3,171,031

This extensive project was designed to integrate primary services in a rural *Municipalite régionale de comté* (MRC, a regional county municipality) in the Haut-Saint-Laurent region of Quebec. The purpose was to provide efficient, quality primary health care that was accessible to all of the region's 25,000 residents. Responsibility for coordination on a territorial basis was given to a planning forum under medical leadership. Changes included doctors being remunerated for time spent on organizational and management activities, nurses being hired to work in medical centres, and services being restructured across the MRC to increase *complementarité* (lack of duplication) among the different institutions and organizations. In addition, a communication system for transmitting clinical information between practitioners and institutions was developed, and seven databases were integrated into one. The preliminary results indicate an improvement in continuity; a lack of duplication among institutions, enabling more patients to be cared for in their region; and less use of hospital resources. Researchers note that information in the data bank will contribute to the efficient allocation of resources, in part by allowing managers to track individuals' use of services. Stable funding is currently being sought to continue the project.

(QC432) Citizen Participation in the Emergence of Alternative Solutions to Meet Primary Health Services Needs in "Healthy Towns and Villages" Communities

Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Contribution: $108,831

This project described and evaluated a community development process for implementing primary care services in five small municipalities (with populations of 200 to 3,000) in Abitibi-Témiscamingue. The community development process, called *Villes et villages en santé* (VVS), brought together committees of citizen volunteers, elected municipal officials, municipal employees, and health service providers, particularly from the CLSC. These committees determined priorities and proposed innovative responses to local primary care needs. The principal lesson learned from the experience was that community development is a time-consuming exercise and that simultaneously starting up a VVS committee *and* achieving concrete primary care results proved challenging. The authors explore the challenges and conclude that these factors could in time be overcome.

(QC433) Integrated Population-Approach Care Model for Patients Suffering from a Chronic Illness (Diabetes)

Recipient: CLSC Côte-des-Neiges

Contribution: $961,214

This pilot project, based on the principles of disease management and population health, developed, implemented, and evaluated a strategy to improve services to diabetic patients in the Côte-des-Neiges neighbourhood of Montréal, an area that includes a wide range of cultural and socio-economic groups. The chosen strategy involved the systematic follow-up of patients, a coordination of services, the continuing education of medical personnel in exemplary clinical practices, the promotion of self-care by the patient, and a mobilization of community resources. The authors report increased use of multidisciplinary teams that centred on the family doctor. Patients improved their knowledge of their condition and their ability to manage their own care. The authors make recommendations for policy in the area of managing chronic diseases, notably concerning physician remuneration and strengthening networks

of family doctors, but they note that little evidence exists regarding the actual performance of integrated services. Their own evaluation concentrates on the process of implementation.

(SK321) Women's Diverse Roles in the Farm Economy and the Consequences for Their Health, Well-Being, and Quality of Life

Recipient: University of Regina

Contribution: $13,928

This study is a broad-brush look at issues affecting rural farm women in Saskatchewan. The researchers surveyed 717 farm women and interviewed informed professionals; they suggest that specific factors lead to the health care concerns unique to this group, such as stress, financial constraints, high workloads, isolation, and chemical use. The study embraced a wide range of issues, from farm women's concepts of feminism to leisure-time activities and exercise routines.

(SK325) Agriculture Health and Safety Program

Recipient: Midwest District Health

Contribution: $82,681

This project aimed to reduce the incidence of occupational injury and disease among farmers in the Midwest District of Saskatchewan. Almost half the area's working population reports farming as their primary job. The project employed a registered nurse to provide health screening and health education to 159 farmers by travelling around the district in a mobile health and safety unit. Participants were given lung-function tests, hearing tests, back and joint assessments, and stress assessments. The nurse also provided individualized education and referral to other health professionals when needed. Farmers were encouraged to identify their own health risks and to reduce those risks. This project was well received by participating farmers; many said that the program led to changes in their work practices that reduced risk and improved health. Almost all said that they would recommend the program to others, and nearly all felt the mobile approach to care was more effective than the traditional system. A significant number of participants were referred to specialists.

(SK326) Enhanced Rural Rehabilitation

Recipient: Assiniboine Valley Health District

Contribution: $177,513

This project hoped to improve rehabilitation services in the Assiniboine Health District by using three full-time physiotherapy assistants (PA) to work along with two full-time physiotherapists. Three PAs were hired at less cost than full-fledged physiotherapists to carry out a variety of tasks, including clerical work, patient education, and exercise therapies. An internal evaluation concluded that both the number of patients receiving treatment and the frequency of treatments increased while the length of time that patients spent in hospital decreased. Also, there were fewer back, shoulder, and neck injuries to health care workers, and the number of patient falls decreased. However, the study found that patients waited longer for physiotherapy services, possibly as a result of increased physician referrals based on their confidence that the system could accommodate them.

(SK327) Survivor Services Program: Pilot Project Proposal for an Integrated Service Delivery Model with Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse

Recipient: Tamara's House Services for Sexual Abuse Survivors Inc.

Contribution: $151,000

In this project, Saskatoon's Tamara House, a non-profit, community-based, drop-in healing centre for female survivors of sexual abuse, conducted an evaluation of three non-conventional healing therapies: aroma-massage, a massage using oils and music; Reiki, the stimulation of meridian points to release energy blockages; and psychodramatic bodywork, an emotional-release therapy. Nearly half the participants also continued to receive therapeutic support from counsellors or self-help groups. Qualitative and quantitative data were collected from external evaluators, practitioners, and the participants. The women who participated in the study were enthusiastic about all three alternative therapies.

(SK330) Transition to an Integrated Primary Health Services Model

Recipient: University of Saskatchewan

Contribution: $318,726

This study set out to learn how to shift health delivery services in core communities from a conventional "bio-medical" model to one that emphasizes integrated services, prevention, acute care, home care, and pharmacare. A "high participation" pilot research project was implemented in downtown Regina and Saskatoon, where rates of chronic disease are climbing, emergency department use is high, and clients are often unresponsive to medical advice. People living in the target communities developed and administered a health-related survey, and this "transformative action research" methodology inspired a high level of response to the questionnaire: 94 per cent in Saskatoon and 57 per cent in Regina (where modifications by the health district made the project less community-driven). As well, clients identified gaps and overlaps in services provided by the formal system and by non-profit agencies in Saskatoon and established a monthly health forum to raise awareness about community concerns. The study already has had some practical impact: urban authorities quickly made physical improvements (e.g., installing better street lighting), but it was too early to determine a shift to health prevention.

(SK331) Monitoring the Impact of Family Health Benefits for Low-Income Families

Recipient: Saskatchewan Social Services

Contribution: $113,345

This study examined how both families on welfare and low-income working families used a provincial health benefits program, and how a change in the forms of coverage provided changed their use of health services. Family Health Benefits (FHB) is a Saskatchewan supplementary health plan designed to reduce the financial impact of children's health services on low-income families and thus to prevent potential health costs from deterring parents from becoming employed. Under FHB, working poor families receive several health benefits that had previously been available only to families on welfare. Three services – chiropractic, prescription drugs, and optometry – were examined. The study found that families on welfare used health services more than did new recipients of the FHB program designed for the working poor.

(SK334) Developmental Program Evaluation: Planned Parenthood Regina Sexual Health Centre

Recipient: University of Regina

Contribution: $166,665

This report evaluated the Planned Parenthood Sexual Health Centre in Regina, which has seen its annual number of clients quadruple in five years. Although the study found that the majority of physicians and counsellors (more than 80 per cent) in the region were aware of its existence, just over half of them knew about the full range of services it provided. The awareness among teens was much less: 31 per cent had "never heard of it," and 80 per cent did not know where it was. However, a survey found that the centre had established a positive image among its users that included a record of caring, confidential, and cost-effective service. The report's findings (e.g., by grade 12, 44 per cent of all students have had intercourse, and a majority of them were uninformed about the best way to prevent pregnancy and sexually transmitted diseases) makes it clear that there is a need for a continued focus on sexual health education.

Santé Canada Health Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

Les soins primaires

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

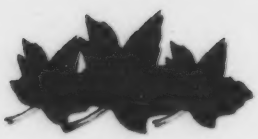
Cat. H13-6/2002-3
ISBN 0-662-66306-3

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

Les soins primaires

Ann L. Mable et John Marriott
Marriott Mable



Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télésanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tout ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

Condensé

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation de services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume les principales notions acquises à la faveur de 65 projets ayant porté sur les soins primaires. Il a été préparé par Ann L. Mable et John Marriott de Marriott Mable.

Les soins primaires au Canada

Au Canada, les soins de santé primaires sont généralement le premier point d'entrée dans le système de santé. À l'intérieur de ce système, ils sont reliés à d'autres secteurs de soins spécialisés, comme les services communautaires, dont ils assurent souvent la coordination et vers lesquels ils orientent les patients. Les soins primaires, modèle médical de réponse face à la maladie, s'inscrivent dans le concept plus général des soins de santé primaires. Ces derniers, qui reconnaissent les déterminants de la santé plus généraux, comprennent la coordination, l'intégration et l'élargissement des systèmes et des services afin de mieux veiller sur la santé de la population, d'offrir plus de programmes de prophylaxie et de mener plus d'activités de promotion de la santé, sans nécessairement passer par les médecins. Les soins de santé primaires encouragent à utiliser au mieux tous les intervenants en matière de santé, afin de maximiser les possibilités qu'offrent toutes les ressources du secteur de la santé. Aux fins du présent document, les organisations qui présentent les caractéristiques suivantes seront appelées organisations de soins de santé primaires : participation et choix des citoyens, contrôle, médecine de groupe, équipes d'intervenants multidisciplinaires et interdisciplinaires, listes de patients, financement par capitation, services essentiels complets (comprenant la promotion de la santé et la prévention des maladies, les diagnostics et le traitement, les soins d'urgence, une couverture 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et la gestion des maladies chroniques), systèmes d'information (y compris des dossiers médicaux électroniques), accent sur la qualité, et possibilité d'intégration verticale.

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a examiné 65 projets consacrés au secteur des soins de santé primaires. Quatre d'entre eux sont une compilation des rapports de projets pilotes réalisés dans 25 endroits, sur un total de 86. Des conclusions importantes et pertinentes ont été examinées relativement à trois thèmes : les modèles et éléments, le renforcement des capacités et le lien avec le cadre d'évaluation du FASS. Les conclusions relatives à la médecine de groupe et aux équipes multidisciplinaires sont examinées du point de vue des ressources humaines en santé. Plusieurs provinces ont réussi à associer la plupart des éléments essentiels des modèles pilotes de soins de santé primaires, voire tous, et essayé de maximiser le potentiel de leur interaction dans le temps. La Colombie-Britannique et l'Ontario sont les deux provinces qui ont le mieux réussi à combiner la plupart des éléments sous une forme ou une autre. La Nouvelle-Écosse voulait essayer un financement mixte par capitation, mais elle a choisi, comme Terre-Neuve, de collaborer avec les médecins sur d'autres régimes de paiement antérieurs. Des résultats similaires ont été obtenus dans une équipe mobile de soins de santé primaires en Alberta et dans l'organisation des soins de santé primaires de la Première nation Eskasoni en Nouvelle-Écosse.

Les éléments des modèles de soins de santé primaires ont été appliqués avec des variantes. Le gouvernement de la Colombie-Britannique a établi des listes initiales en examinant les dossiers de facturation des patients,

dans le but d'alléger la charge administrative des intervenants. En Ontario, les patients et les nouvelles organisations ont profité d'entretiens dans le cadre d'une inscription officielle. La participation des citoyens a permis d'améliorer les relations entre les patients et les intervenants, qui ont été évaluées par des sondages sur la satisfaction, et le financement par capitation a donné lieu à trois approches. En Colombie-Britannique, la formule de financement par capitation, rajusté en fonction de l'âge et du sexe, comprenait un autre ajustement pour les patients malades. En Ontario, une des approches est similaire à celle de la Colombie-Britannique, et une autre utilise la capitation pour plafonner la facturation des médecins payés à l'acte. Bien que cette dernière méthode facilite l'adaptation des médecins au nouveau modèle, elle risque moins de les inciter à passer davantage de temps de qualité avec leurs patients. Tous les projets soulignaient l'importance des systèmes intégrés de gestion et des systèmes de données cliniques, y compris la création d'un dossier médical électronique commun. Des initiatives ont été prises dans ce sens avec plus ou moins de succès. Une étude portant sur l'information à plus grande échelle a révélé que l'on avait bien du mal à relier les données des assurances-maladie provinciales et territoriales nécessaires à l'évaluation nationale, provinciale, territoriale et régionale des soins de santé primaires.

Plusieurs projets visaient à proposer des renseignements, des approches et des outils supplémentaires pour renforcer ou constituer les capacités nécessaires dans les soins de santé primaires. L'élaboration de lignes directrices pour le cancer de la prostate au Québec a permis, dans une certaine mesure, de réduire le nombre d'analyses en laboratoire. Une évaluation des soins de santé primaires en Alberta a produit des indicateurs utiles et a été l'occasion de rédiger un manuel d'évaluation de la technologie de l'information. En mettant l'accent sur les populations, il a été possible d'obtenir une collaboration intersectorielle et d'établir des liens pour faciliter l'intégration fonctionnelle. Un certain nombre d'initiatives visaient à mettre sur pied et (ou) à évaluer des programmes pour des populations souffrant de maladies chroniques. Un projet de l'Alberta sur le diabète a permis de ramener de 64 à 22 p. 100 le pourcentage de participants souffrant d'hyperglycémie incontrôlée. Un projet de la Nouvelle-Écosse, qui intégrait des professionnels de la santé mentale dans le lieu où étaient dispensés les soins de santé primaires, a permis de réduire les délais d'attente de cinq à sept semaines et de diminuer le nombre des consultations en urgence. Plusieurs projets se concentraient sur des populations à risque. L'un d'eux a permis de faire augmenter le taux de vaccination dans une population autochtone en communiquant mieux avec les familles. Des pharmaciens ont pu travailler en partenariat avec des médecins et des personnes âgées afin d'aider ces dernières à mieux suivre les prescriptions médicales, d'évaluer la pertinence des médicaments prescrits et de formuler des recommandations à cet égard. D'autres initiatives ont permis d'améliorer les services offerts aux personnes atteintes de maladies mentales, aux victimes de violence et aux personnes vivant en milieu agricole. Les nouveaux modèles de soins de santé primaires et divers aspects des initiatives visant à renforcer les capacités ont généralement fourni des faits et un appui relativement aux six dimensions du cadre d'évaluation national du FASS : l'accès, la qualité, l'intégration, les résultats sur le plan de la santé, la rentabilité et la transférabilité.

Les ressources humaines du secteur de la santé voient leurs rôles évoluer. La tendance à la médecine de groupe et aux équipes multidisciplinaires démontre l'influence de la réforme des soins de santé primaires dans cette évolution. Les changements dans l'exercice de la médecine, l'évolution des relations de travail et les nouveaux rôles potentiels qui se dessinent suscitent beaucoup de questions. Certains projets approuvent le rôle de soignantes de première ligne que jouent les infirmières en milieu rural et dans les régions éloignées, et l'évolution de leur place au sein des équipes dans les organisations de soins de santé primaires. Les patients, les médecins et les gouvernements, qui modifient les lois pour les autoriser à prescrire des traitements, rendent hommage aux infirmières praticiennes. Dans les nouvelles organisations de soins de santé primaires, les médecins passent de l'exercice individuel de leur profession à la médecine de groupe, créant ainsi des milieux collégiaux, plus sûrs et plus positifs, propres à améliorer la qualité de vie professionnelle et personnelle des intervenants.

Ces avantages potentiels valent tout autant dans le cas des équipes multidisciplinaires. Plusieurs projets, qui visaient à étudier en détail, à définir et (ou) à mettre en place une collaboration professionnelle, ont donné des résultats généralement satisfaisants. Bien que les expériences avec des intervenants autres que les infirmières ou les médecins soient prometteuses, il reste beaucoup à faire pour maximiser leurs rôles potentiels et les avantages éventuels en ce qui concerne les soins de santé primaires.

Beaucoup de projets ont démontré les possibilités d'approches de la santé de la population au cœur des soins de santé primaires. Les projets pilotes réalisés en Colombie-Britannique s'appuyaient sur une approche démographique pour recueillir des données qui faciliteraient la planification et l'évaluation de services. Bon nombre de projets ont élaboré des lignes directrices ou des programmes pour des populations précises. Plusieurs de ces initiatives étaient menées en collaboration et faisaient intervenir des fournisseurs de soins primaires, des intervenants d'autres secteurs de la santé et, dans certains cas, le personnel de secteurs extérieurs à la santé, comme le personnel du système éducatif.

Les recommandations suivantes ont plusieurs conséquences pour les politiques et les pratiques :

- Projets pilotes ou mise en œuvre : Les nouveaux modèles de soins de santé primaires reposent sur une expérience et sur des principes organisationnels solides et devraient donc être mis en œuvre.
- Un ou plusieurs modèles : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient envisager une politique qui accepte les modèles existants et les nouveaux, à titre provisoire ou permanent, dans le cadre des soins de santé primaires.
- Lignes directrices pour la mise en œuvre des modèles : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les professionnels de la santé, entre autres, devraient élaborer des lignes directrices pour la mise en œuvre des nouveaux modèles et prévoir la possibilité d'approches progressives et rationalisées pour ceux qui sont capables d'agir rapidement.
- Ordinateurs, systèmes d'information et télésanté : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient envisager d'étudier plus avant les besoins en matière de systèmes d'information, y compris de dossiers médicaux électroniques, afin de définir des choix possibles et viables.
- Simplicité administrative : Les gouvernements doivent veiller à ce que les programmes soient administrés de façon efficace et opportune, notamment en ce qui concerne les intervenants et le personnel des nouvelles organisations.
- Travail en collaboration : Il faut surmonter les obstacles notamment systémiques, y compris les problèmes de compétence, de réglementation et de financement.
- Formation commune des intervenants : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient appuyer les recommandations en la matière.
- Soins infirmiers : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que d'autres parties intéressées devraient entreprendre de définir des normes nationales en ce qui a trait à la terminologie et aux fonctions des infirmières et des autres intervenants en matière de santé qui ne sont pas des médecins.
- Autres intervenants : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient définir des normes nationales en ce qui concerne les rôles et contributions des organisations qui dispensent des soins de santé primaires.
- Appui à la formation permanente : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient réfléchir à des façons d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'approches novatrices.
- Élaboration de lignes directrices et de programmes pour la pratique clinique : Les organismes qui subventionnent la recherche et d'autres organismes de financement devraient continuer d'appuyer le développement de ce secteur.
- Information du public : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient prendre des initiatives en matière d'information du public et ce,

à propos de tous les aspects de la réforme des soins de santé primaires et des modèles envisagés.

- Exemples de réussite : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer avec des initiatives et des organisations afin de faire connaître des exemples de réussite.
- Services urgents ou d'urgence : Un groupe de travail comprenant des représentants des professions de la santé et des universités devrait examiner la politique et la pratique en ce qui concerne les soins urgents par opposition aux soins d'urgence.
- Liens en matière d'information et normes relatives aux données : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient s'intéresser à l'incompatibilité entre les codes provinciaux et territoriaux concernant les médecins et les sorties d'hôpital ainsi qu'à d'autres données nécessaires pour évaluer les soins de santé primaires au Canada.

Le regain d'attention dont les soins de santé primaires font l'objet depuis peu arrive à point nommé. Les expériences des initiatives du FASS confirment que les avantages possibles pour les intervenants en matière de santé, les organisations du secteur de la santé, les gouvernements et les autres parties intéressées sont tels que les coûts d'option sont trop élevés pour qu'on les ignore. Plus important encore, les avantages potentiels que présentent le retour à un bon état de santé et son maintien en font une priorité nationale. C'est grâce à ces expériences que l'on peut progresser dans les soins de santé primaires.

Préface

Au Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la télésanté en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur les soins primaires. Il a été préparé par Ann L. Mable et John Marriott de Marriott Mable.

Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des chercheurs

travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Hollander Analytical Services Ltd. de l'aide qu'ils leur ont apportée dans la préparation du présent document. La série de synthèses du FASS a été demandée par Santé Canada et gérée par Hollander Analytical Services Ltd. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Table des matières

Condensé i
Les soins primaires au Canada i
Préface v
Nature unique des projets du FASS v
Remerciements vi
Table des matières vii
Liste des tableaux ix
1. Contexte 1
1.1 Arrière-plan : perspectives d'expansion 1
1.2 Influences systémiques et priorités actuelles 2
2. Aperçu des études du FASS 4
3. Conclusions importantes et pertinentes 6
3.1 Modèles et éléments : réforme organisationnelle ou opérationnelle 6
3.1.1 Combinaison des éléments 6
3.1.2 Choix des patients et création de listes 7
3.1.3 Participation des citoyens 8
3.1.4 Financement 9
3.1.5 Systèmes d'information et technologie 11
3.2 Renforcement des capacités des soins de santé primaires 12
3.2.1 Directives et autres outils 12
3.2.2 Populations atteintes de maladies chroniques 12
3.2.3 Populations à risque 13
3.2.3.1 Familles/mères/enfants 14
3.2.3.2 Violence 14
3.2.3.3 Les médicaments et les personnes âgées 14
3.2.3.4 Milieu agricole 15
3.2.3.5 Salles d'urgence et services de soins primaires 15
3.3 Lien avec le cadre d'évaluation du FASS 15
3.3.1 Accès 15
3.3.2 Qualité 15
3.3.3 Intégration 16
3.3.4 Résultats pour la santé 16
3.3.5 Rentabilité 16
3.3.6 Transférabilité 17

4. Ressources humaines en santé 17
4.1 Les infirmières 17
4.1.1 Les différents rôles des infirmières 18
4.1.2 Élargir le cadre des fonctions 18
4.2 Les médecins 20
4.3 Médecine de groupe : équipes multidisciplinaires et soins coopératifs 21
4.4 Autres intervenants 22

5. Santé de la population et conséquences intersectorielles 23

6. Répercussions sur la politique et la pratique 25
6.1 Projets pilotes ou mise en œuvre? 25
6.2 Un ou plusieurs modèles? 26
6.3 Lignes directrices pour la mise en œuvre des modèles 26
6.4 Ordinateurs, systèmes d'information et télésanté 26
6.5 Simplicité administrative 26
6.6 Travail en collaboration 27
6.7 Formation commune des intervenants 27
6.8 Soins infirmiers 27
6.9 Autres intervenants 27
6.10 Appui à la formation permanente 28
6.11 Lignes directrices et élaboration de programmes pour la pratique clinique 28
6.12 Information du public 28
6.13 Exemples de réussite 28
6.14 Services d'urgence ou de soins d'urgence mineure 29
6.15 Liens en matière d'information et normes relatives aux données 29
6.16 Situations et besoins particuliers des populations 29

7. Recommandations et conclusion 30
7.1 Projets pilotes ou mise en œuvre? 30
7.2 Un ou plusieurs modèles? 30
7.3 Lignes directrices et appui pour la mise en œuvre des modèles 30
7.4 Ordinateurs, systèmes d'information et télésanté 31
7.5 Simplicité administrative 31
7.6 Travail en collaboration 31
7.7 Formation commune des intervenants 31
7.8 Soins infirmiers 31
7.9 Autres intervenants 31
7.10 Appui à la formation permanente 31
7.11 Lignes directrices et élaboration de programmes pour la pratique clinique 32

7.12 Information du public 32
7.13 Exemples de réussite 32
7.14 Services d'urgence ou de soins d'urgence mineure 32
7.15 Liens en matière d'information et normes relatives aux données 32
7.16 Gestion de la transition 32
7.17 Conclusion 32

Ouvrages de référence 33

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant les soins primaires

Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombre et lieu de réalisation des projets du FASS 4
Tableau 2 : Principaux types de projets du FASS 5
Tableau 3 : Les déterminants de la santé 23

1. Contexte

1.1 Arrière-plan : perspectives d'expansion

Au Canada, les soins de santé primaires sont généralement le premier point d'entrée dans le système de santé. À l'intérieur de ce système, ils sont reliés à d'autres secteurs de soins spécialisés dont ils assurent souvent la coordination et vers lesquels ils orientent les patients. De plus en plus, les établissements où sont dispensés les soins de santé primaires assurent également des liaisons avec les services communautaires. L'intérêt actuel que l'on porte à ce type de soins offre l'occasion de les renouveler et de les améliorer; il est également le point de départ d'une réforme de l'ensemble du système de santé, tant à l'intérieur qu'au-delà de ses limites traditionnelles.

La réflexion actuelle sur les soins de santé primaires est influencée par un certain nombre de facteurs, y compris des changements survenus dans les conditions et les perspectives, de nouveaux enjeux se présentant en matière de santé et de système de santé. Les leçons apprises au fil du temps se retrouvent dans de nouveaux principes, de nouvelles stratégies et de nouvelles structures organisationnelles. Dans la conjoncture actuelle, il est question de clarifier en quoi consistent les soins primaires et les soins de santé primaires ou de les différencier. Le problème est que ces termes sont souvent utilisés indifféremment. Cela tient en partie aux distinctions entre les pratiques antérieures du système de santé, qui comprenait une vision traditionnelle des soins primaires, et la notion systémique plus récente qui en élargit la portée et que l'on désigne sous le nom de soins de santé primaires.

De tout temps, les soins primaires ont représenté le modèle médical traditionnel de réponse aux maladies et aux responsabilités qui en découlent : « Les soins de santé primaires consistent à évaluer le patient à la suite d'un premier contact et à dispenser des soins continus pour le traitement d'un vaste éventail de problèmes de santé. Les soins de santé primaires comprennent le diagnostic, le traitement et la gestion des problèmes de santé, la prévention et la promotion de la santé, de même qu'un soutien constant combiné à des interventions familiales ou communautaires, s'il y a lieu. » (Association médicale canadienne, 1994) À l'intérieur de ce modèle, au Canada, le service est principalement dispensé par un médecin pratiquant seul en cabinet privé ou par un groupe de médecins B omnipraticiens et (ou) médecins de famille B qui sont généralement rémunérés à l'acte. Quand on parle de soins primaires, on pense d'ordinaire aux omnipraticiens et (ou) aux médecins de famille et à leurs contacts avec les patients. Leur réforme est souvent associée à l'étude des conditions dans lesquelles les médecins travaillent (p. ex. : le passage à la médecine de groupe) et sont rémunérés, et au passage à des formules autres que la rémunération à l'acte (p. ex. : capitation, salaire ou combinaison des deux).

Depuis quelque temps, on attache une plus grande importance à la santé de la population. Il se dessine également une définition plus large des soins de santé primaires, qui prennent une importance croissante au sein du système de soins de santé en général. La santé de la population inclut les facteurs déterminants de l'état de santé, c'est-à-dire les éléments connus pour avoir une influence sur la santé des personnes, des populations et des collectivités. Il s'agit, en fait, de divers facteurs : les conditions de travail, le milieu physique, l'éducation, le revenu, l'emploi, la capacité d'adaptation, les réseaux de soutien social, le mode de vie et les comportements personnels influant sur la santé et, enfin, mais non des moindres, l'incidence du système de soins de santé dans sa réponse aux besoins en matière de santé (Forum national sur la santé, 1997; Marriott et Mable, 1999; Santé Canada, 2001).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a repris cette orientation élargie dans la Déclaration d'Alma-Ata (Organisation mondiale de la santé, 1978), qui évoque la capacité curative ou de réaction face aux maladies des soins primaires traditionnels et va au-delà en énumérant un certain nombre de principes et d'éléments des soins de santé primaires. En résumé, les soins de santé primaires comprennent le diagnostic et le traitement, mais leur portée est plus vaste. Ils incluent la coordination, l'intégration et l'expansion

des systèmes et des services, de manière à offrir plus de services de santé à la population et de services de santé publique, sans que ces services soient nécessairement ceux dispensés par des médecins. Ils encouragent une meilleure utilisation de tous les intervenants en matière de santé de façon à maximiser le potentiel de toutes les ressources en santé du système. Dans le présent document, les organisations qui présentent ces caractéristiques sont désignées sous le nom d'organisations de soins de santé primaires.

1.2 Influences systémiques et priorités actuelles

Les perspectives élargies en ce qui concerne les soins de santé primaires sont influencées par diverses initiatives canadiennes et internationales qui visent à cerner les problèmes systémiques qui se posent sur le plan des politiques, des programmes et de l'organisation, et à y remédier. Au Canada, le comité consultatif fédéral, provincial, territorial (FPT) sur les services de santé a mené, en 1996, des consultations régionales et nationales auprès des gouvernements, des professionnels, des universitaires, des Autochtones et d'autres citoyens et intervenants. Les participants ont cerné plusieurs problèmes relatifs aux patients et aux intervenants dans le système de soins de santé primaires, notamment :

- la fragmentation des soins et des services;
- le manque d'importance accordée à la santé, les obstacles à l'accès;
- la nécessité de sensibiliser et d'éduquer le public; et
- les défaillances de l'échange, du partage, de la collecte et de la gestion de l'information.

Parmi les autres problèmes systémiques essentiels généralement mentionnés, citons :

- la responsabilisation des patients et des intervenants;
- la répartition inégale des ressources;
- le décalage des mesures d'incitation, en particulier de la rémunération à l'acte, qui récompense les soins en cas de maladie et les soins ponctuels;
- le manque systémique de latitude dans les cas où un soutien est nécessaire pour favoriser l'innovation dans les approches ou l'amélioration organisationnelle, selon la situation et les besoins locaux; et
- l'attention insuffisante accordée à certains intervenants, en particulier dans les régions rurales et éloignées, et à des groupes tels que les Premières nations.

À partir de là, plusieurs priorités se sont fait jour.

Pour faire face aux problèmes et aux objectifs systémiques, des initiatives provinciales et nationales ont été prises afin d'analyser les caractéristiques importantes de la réforme des soins de santé primaires, d'en cerner les éléments essentiels et de déterminer les méthodes qui pourraient fonctionner et celles qui devraient être modifiées. La consultation FPT de 1996 a permis de cerner plusieurs caractéristiques des soins de santé primaires, y compris :

- la souplesse;
- l'importance accordée à la santé;
- l'attention centrée sur la clientèle;
- l'intervenant au choix du patient, la coordination et l'information;
- les soins dispensés par une équipe interdisciplinaire; et
- la responsabilisation des citoyens, des intervenants et du gouvernement.

En 1997, le Forum national sur la santé s'est déclaré favorable au passage à un système de santé plus intégré fondé sur les soins primaires et prévoyant, notamment, la réorientation du financement vers les patients plutôt que vers les services et une formule de rémunération qui favorise un continuum de services préventifs et de traitement, qui encourage l'utilisation d'équipes d'intervenants multidisciplinaires et qui ne repose pas sur le volume des services dispensés par les médecins (Forum national sur la santé, 1997).

Beaucoup de pays, dont le Canada, prennent diverses initiatives mettant l'accent sur la conception, la mise en œuvre et l'amélioration de modèles organisationnels de réforme des soins de santé primaires qui intègrent bon nombre des éléments essentiels de soins primaires proposés (Marriott et Mable, 2000) :

- Souci du patient;
- La participation des citoyens à leurs soins et à la planification, et un rôle accru dans la gestion;
- Les citoyens choisissent le fournisseur et (ou) l'organisation prestatrice de soins de santé primaires, élément renforcé par l'expérience internationale;
- Interaction croissante des intervenants;
- Un contrôle qui comprend la restriction de l'accès aux spécialistes ou aux soins hospitaliers exigeant la recommandation d'un médecin de premier recours, sauf en cas d'urgence. (L'accès direct aux intervenants autres que des médecins n'est pas nécessairement limité par les contrôles);
- Les médecins travaillent en équipe dans un même endroit ou sont mis en « réseau » afin d'améliorer la qualité des soins (p. ex., dans les régions rurales ou éloignées) et la sécurité du médecin;
- Des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires comprenant des infirmières praticiennes, des diététistes et d'autres intervenants;
- Piliers essentiels;
- L'établissement des listes de service, l'identification explicite des personnes qui ont choisi de recourir aux services d'un médecin, d'un autre intervenant et (ou) d'une organisation de soins primaires;
- Le financement par capitation pour la totalité ou un fort pourcentage de la rémunération, en se fondant sur le nombre, l'âge et le sexe des patients, entre autres caractéristiques;
- Des services de base complets comprenant la promotion de la santé et la prévention des maladies, le diagnostic et le traitement, les soins d'urgence, un accès 24 heures sur 24, sept jours par semaine, et la gestion des maladies chroniques;
- L'information, y compris des dossiers médicaux électroniques, des systèmes de soutien décisionnel et des réseaux de soutien à la gestion permettant d'échanger et de transférer des données;
- Orientation et direction;
- La qualité, qui inclut l'examen et l'amélioration des pratiques, de l'information et des soutiens professionnels, de même que l'adaptation au public; et
- L'appui à une croissance vers une organisation de la santé verticalement intégrée, moyennant le renforcement des liens et de la coordination, ainsi que des responsabilités additionnelles et un financement supplémentaire pour les services de santé au-delà des soins primaires.

Une vision renouvelée des soins de santé primaires comporte des défis pour les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs en ce qui concerne le changement et la transition. Comment le Canada peut-il maximiser le potentiel de tous ses professionnels et de tous ses établissements de santé? Où est le « juste » équilibre entre la souplesse systémique/organisationnelle/opérationnelle et le respect des principes, des normes et des éléments fondamentaux? Comment un « système » de ressources qui varie considérablement d'une province à l'autre peut-il être rationalisé de manière à fonctionner le mieux possible avec les moyens dont il dispose, à soutenir tous ses professionnels de la santé et à répondre aux besoins de tous les Canadiens? Peut-on, par des réformes judicieuses, s'éloigner des programmes actuels pour s'orienter vers des projets pilotes ou des unités opérationnelles que l'on peut revoir au fil du temps (comme c'est le cas pour les éléments actuels du système de soins de santé)? Avec quelle rapidité les innovations doivent-elles faire leurs preuves et comment peut-on évaluer de nouveaux modèles dans une perspective de viabilité à long terme? Malgré les pressions immédiates et les exigences parfois lourdes des réformes, la stabilité et l'espoir sont nécessaires, en particulier pour ceux qui travaillent au sein du

système et ceux qu'il sert. Il faut faire preuve de vision et de leadership pour motiver et soutenir ceux qui sont prêts à aller de l'avant. Ce ne sont là que quelques-uns des défis à relever.

Les projets du FASS, dont le Forum national sur la santé était l'instigateur, sont une base importante pour l'édification d'un meilleur système de santé. Ils visent en priorité à améliorer l'organisation et le financement des services, ainsi que l'accès et les résultats pour les citoyens, sans oublier la qualité et la rentabilité, le tout pour parvenir à un meilleur système à l'échelle nationale. Ils cherchent avant tout à améliorer le milieu de travail de l'ensemble des ressources humaines du secteur de la santé. Les projets du FASS réunissent un ensemble d'expériences pratiques d'une grande richesse, qui ont été acquises en ce qui a trait aux méthodes, aux stratégies, aux interventions et aux analyses, et ce, à différents niveaux. Les sections suivantes du présent document donnent un aperçu des projets en soins de santé primaires du FASS, examinent les conclusions pertinentes et importantes en mettant l'accent sur les ressources humaines du secteur de la santé, analysent leurs incidences sur les politiques et les pratiques et, enfin, résument les recommandations et les conclusions.

2. Aperçu des études du FASS

Soixante-cinq rapports de projets consacrés au secteur des soins de santé primaires ont été examinés. Quatre d'entre eux sont une compilation des rapports de projets pilotes réalisés dans 25 endroits (sept en Colombie-Britannique, trois à Terre-Neuve, quatre en Nouvelle-Écosse et onze en Ontario) sur 86 au total. D'autres projets avaient, eux aussi, des incidences sur les soins de santé primaires, mais ils ne sont pas examinés dans le présent rapport car ils portaient principalement sur d'autres domaines, comme la santé des Autochtones, la prestation de services intégrée ou la santé rurale.

Le tableau 1 présente, en résumé, le nombre et le lieu de réalisation des projets. Huit d'entre eux (12 p. 100 du nombre total de projets) ont été désignés projets nationaux plutôt que provinciaux, car les approches étudiées correspondaient à plus d'une province.

Tableau 1 : Nombre et lieu de réalisation des projets du FASS

Lieu de réalisation des projets	Nombre examiné	Pourcentage du total
Projets nationaux	8	12 %
Provinces atlantiques (T.-N., N.-É., I.-P.-É.)	4	6 %
Provinces centrales (ONT., QUÉBEC)	18	28 %
Provinces de l'Ouest (ALB., C.-B., SASK.)	35	54 %
Total	**65**	**100 %**

En plus des 25 projets pilotes relatifs à l'organisation des soins de santé primaires (qui sont traités dans quatre rapports de projet), un projet albertain (AB 301-23) se qualifie de projet pilote, ce qui donne au moins 26 projets pilotes identifiés comme tels, c'est-à-dire 30 % des 86 projets. Pour les besoins de la présente synthèse, les projets du FASS sont regroupés selon leur nature principale puis examinés par thèmes prépondérants (voir tableau 2).

Tableau 2 : Principaux types de projets du FASS

Réforme organisationnelle ou opérationnelle (26)
• Nouveaux modèles de soins de santé primaires avec tous les éléments ou presque (7)
• Centres de santé communautaire (5)
• Prépondérance d'un ou de plusieurs éléments (14)
Renforcement des capacités à créer, mettre à l'essai et évaluer (39)
• Directives et autres outils (7)
• Projets éducatifs visant à maintenir et à améliorer la capacité des intervenants (5)
• Réponses aux populations identifiées par maladie (7) ou par risque (10)
• Participation des citoyens et (ou) développement communautaire (3)
• Recherche pour l'amélioration des soins de santé primaires (7)

Bien que nombre de projets aient porté sur des sujets similaires, notamment sur l'élargissement du rôle des infirmières, d'autres modes de rémunération des médecins ou l'utilisation de la technologie et de la télésanté, il y avait autant d'approches que d'endroits. Parmi les initiatives nationales figuraient un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation Eskasoni, l'essai de modèles de soins infirmiers, l'utilisation de télécentres pour l'enseignement et une analyse approfondie des obstacles autres que financiers à l'accès aux services « médicalement nécessaires ». Les provinces ont opté pour diverses approches des soins de santé primaires. Ainsi, la Colombie-Britannique, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve ont mis sur pied des projets pilotes de réforme organisationnelle essayant différentes formules de rémunération des médecins et de prestation de services aux patients. Le FASS leur a donné l'occasion de vérifier certaines options, d'étudier de nouvelles méthodes et de voir comment les intervenants et les patients réagissaient aux changements.

L'Alberta a mis en œuvre une initiative cadre comportant 27 projets et une évaluation détaillée de leurs objectifs, résultats et incidences en matière de progrès dans les soins de santé primaires. Ce projet appliquait six stratégies explicites :

- l'accès dans les régions rurales ou éloignées;
- la prévention des maladies et la promotion de la santé par le développement communautaire;
- l'intervention précoce et l'éducation;
- la restructuration du système;
- la prestation de services intégrée;
- l'amélioration de la qualité; et
- les modèles de centre de santé communautaire.

Les sujets étudiés comprenaient le soutien à l'allaitement, la promotion des vaccinations, les projets de « départ en bonne santé » pour les jeunes enfants, des programmes de soins palliatifs et l'approche des Autochtones. L'Alberta a coordonné les projets puis en a fait sa propre évaluation, en plus des évaluations externes de tous les projets. Ceux-ci, qui visaient tous à une prestation nouvelle ou élargie des services, étaient souvent fortement axés sur la « santé de la population » ou la santé publique.

Tous les projets n'ont pas atteint l'ensemble de leurs objectifs, mais ils recèlent tous des enseignements sur les succès et les défis inhérents à la réalisation de projets de soins de santé primaires. La section suivante met en évidence des constatations pertinentes et importantes, et présente une description de certains projets.

3. Conclusions importantes et pertinentes

Les initiatives du FASS, qui traitent des problèmes et des priorités des soins de santé primaires, jettent un éclairage précieux sur un large éventail d'expériences directes. Les principaux thèmes des projets sont regroupés sous trois rubriques. La rubrique *Modèles et éléments : réforme organisationnelle ou opérationnelle* examine les stratégies des réformes organisationnelles ou opérationnelles; *Renforcement des capacités des soins de santé primaires* suit des efforts déployés pour améliorer la capacité des intervenants de servir certains groupes de population; et *Lien avec le cadre d'évaluation du FASS* reprend certaines conclusions en utilisant le cadre d'évaluation du FASS. Les conséquences pour les ressources humaines dans le secteur de la santé sont examinées à la section 4.

3.1 Modèles et éléments : réforme organisationnelle ou opérationnelle

La documentation et l'expérience donnent à penser que les organisations de soins de santé primaires qui intègrent les éléments essentiels résumés à la section 1.2 peuvent s'occuper des problèmes de fragmentation, de prévention et de promotion concernant le système de soins de santé et trouver la meilleure façon d'utiliser les ressources de ce domaine. Étant donné la nature interactive de ces éléments, leur combinaison accroît grandement leurs avantages et leurs résultats potentiels. Par exemple, une liste ou un registre de patients explicite peut servir de base au financement par capitation (par personne) et fournir des données générales pour une base de dossiers médicaux électroniques commune et un fonds plus important de données sur une population en particulier. Elle peut ensuite être reliée à des renseignements tirés des rencontres entre les patients et les intervenants (p. ex., le moment, le diagnostic, le traitement B souvent au moyen d'un système de « facturation fictive ») et à des résultats cliniques obtenus avec des personnes ou des groupes de population, et être attribuée à certains intervenants ou organisations du secteur des soins de santé primaires. Les données locales peuvent être regroupées à l'échelle régionale, provinciale ou nationale, ce qui permet de disposer d'une base pour la planification ou la recherche.

Ceux qui mettent en œuvre de nouveaux modèles de soins de santé primaires doivent établir de nouveaux modes de prestation des services (p. ex.: les équipes multidisciplinaires), ainsi que des méthodes et des relations de travail qui permettent d'instaurer les programmes et les services élargis qui s'inscrivent dans une perspective plus vaste de la santé. La mise en place de nouveaux systèmes de données cliniques et d'information de gestion, assortis de nouvelles formules de financement et de mesures d'incitation nouvelles, exige une sensibilité et une capacité d'adaptation à l'égard de la population servie qui est plus explicitement définie. Les intervenants doivent comprendre la vision et voir les avantages potentiels du modèle.

Près de la moitié des projets du FASS qui ont été analysés étudient des combinaisons des éléments essentiels au moyen d'une réforme organisationnelle ou opérationnelle. Les sections suivantes expliquent dans quelle mesure ces initiatives ont essayé d'incorporer des éléments clés dans de nouveaux modèles. Elles se penchent aussi sur certaines conclusions concernant le choix des citoyens et les listes, la participation des citoyens, le financement par capitation et les systèmes d'information. Les diverses incidences des principaux services, le potentiel d'intégration et la qualité sont traités à la section 3.3 intitulée *Lien avec le cadre d'évaluation du FASS.*

3.1.1 Combinaison des éléments

Certains projets du FASS intègrent des éléments des soins de santé primaires de manières qui ne sont pas permises par les structures et les pratiques traditionnelles. Un certain nombre de provinces ont réussi à combiner tous les éléments clés, ou presque, dans le cadre de modèles pilotes de soins de santé primaires et se sont efforcées d'en optimiser l'interaction. Des projets pilotes visaient à étudier plus à fond des

modèles dans de multiples endroits (« 301 »), notamment en Colombie-Britannique (BC301), en Ontario (ON301), à Terre-Neuve (NF301) et en Nouvelle-Écosse (NS301). Les modèles qui ont réussi à combiner d'une manière ou d'une autre la plupart des éléments clés sont ceux de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Plutôt que de s'attaquer à la création de listes ou au financement par capitation, les projets de Terre-Neuve et de la Nouvelle-Écosse ont opté pour des plans de rémunération différents pour les médecins.

En plus de ces projets pilotes, le projet de la Première nation Eskasoni (NA305) est passé de médecins exerçant seuls et rémunérés à l'acte à des médecins travaillant en groupe, non rémunérés à l'acte, et à une initiative de soins primaires multidisciplinaires. Par ailleurs, l'équipe mobile de soins de santé primaires de l'Alberta (AB301-23) a organisé les éléments essentiels de façon novatrice afin d'offrir des services à des collectivités éloignées.

Au Québec, le projet de capitation (QC431) a permis de mettre en place une organisation à intégration verticale fondée sur les soins primaires. Son réseau intégré de services comprenait les CLSC, des hôpitaux, des médecins rémunérés à l'acte et d'autres dans 20 programmes cliniques de soins primaires, de gériatrie ou de soins aux personnes âgées fragiles, de santé mentale et de soins cardio-vasculaires. La première étape a permis une intégration clinique et informative et ce, en mettant en commun des ressources afin de créer l'effet d'un seul apport de fonds. Elle a aussi été l'occasion de faire travailler ensemble les établissements, les intervenants et les administrateurs, comme s'ils appartenaient à une seule organisation. À cette étape, il a été décidé de passer à l'intégration administrative et financière et à une seule trésorerie reposant sur le financement par capitation. En Alberta, plusieurs projets avaient pour cadre des centres de santé communautaire qui sont à l'avant-garde en matière de rémunération différente des médecins (généralement, des salaires) et d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires et ce, avant que le régime d'assurance-maladie n'ait vu le jour, dans certains cas. Ils diffèrent de nouveaux modèles de soins de santé primaires du fait qu'ils tendent à servir des populations dans des aires de recrutement, sans listes explicites ni financement par capitation.

3.1.2 Choix des patients et création de listes

Le droit du patient de choisir un intervenant est une des pierres angulaires du système de santé canadien. Un choix actif ou une identification explicite avec un intervenant ou une organisation de santé est la base de la relation par laquelle un patient accède à l'ensemble du système de santé. À l'heure actuelle, alors que la rémunération se fait à l'acte, cette relation n'est généralement pas documentée à des fins autres que la facturation au gouvernement. Dans un contexte de soins de santé primaires intégrés, cette relation deviendrait formelle, car on garderait trace des renseignements importants sur le patient, en commençant par créer une liste des patients qui pourrait servir de base à un système d'information général.

Il se peut que cette approche demande un effort initial considérable pour ce qui est de dresser la liste des patients et de la tenir à jour et qu'il faille, entre autres, se familiariser avec de nouvelles technologies de l'information, mais elle présente de nombreux avantages. En effet, lorsque des groupes socio-démographiques et des besoins en santé importants sont cernés et documentés, il est possible de réunir des renseignements sur tous les patients dont le nom figure sur la liste dans une base de données qui devient fort utile dans le contexte des soins de santé primaires. Une telle base de données permet aux intervenants, aux organisations de santé et aux gouvernements d'adapter leurs services aux besoins des patients et de faire mieux correspondre le financement « par personne » aux patients soignés. Elle éclaire la planification et la recherche, et répertorie des données importantes en matière d'administration et de coûts. L'existence d'une liste bien gérée peut donc améliorer la qualité, l'efficacité et le rendement des services.

Les projets pilotes de l'Ontario (ON301) et de la Colombie-Britannique (BC301) démontrent que les listes peuvent aussi être dressées en utilisant d'autres méthodes, chacune présentant des conséquences et des options différentes. Dans ces deux provinces, de

nouvelles listes ont servi de base au financement par capitation, à d'autres formules de financement et à des systèmes d'information. Les patients pouvaient s'adresser à d'autres intervenants qui devaient « gérer » la liste. Il y avait des différences notables dans les approches. Dans le projet ON301, on a utilisé une méthode classique et fait signer aux patients des formulaires d'inscription et de consentement. Le taux élevé de patients répertoriés au moment de l'évaluation du projet (84 %) tient peut-être aux relations antérieures avec l'organisme de service de santé (OSS) qui ont incité les patients à « suivre » les médecins dans les nouveaux modèles de soins de santé primaires. Parmi les avantages d'un processus d'inscription formelle, citons la communication « initiale » avec les patients et donc des relations plus claires avec les intervenants. L'engagement formel permet aussi d'examiner et d'officialiser les responsabilités respectives du patient et des intervenants, et aussi d'obtenir des patients qu'ils autorisent le ministère de la Santé à communiquer des données les concernant à d'autres entités qui se renseignent à leur sujet.

Cependant, ce processus peut être limité par le modèle de financement ou par d'autres paramètres. Dans une des deux options de financement du projet ON301, un groupe de médecins « plafonnés par la capitation », mais qui continuait à facturer selon la formule de la rémunération à l'acte, était moins motivé à établir une liste que ceux qui avaient adopté la formule de capitation mixte (autrement dit, leur mode de facturation n'avait pas changé). L'Ontario a limité à 2 200 le nombre de patients par médecin, mais a accepté qu'un médecin puisse voir 800 patients de plus si une infirmière praticienne le seconde.

Par contraste, le projet BC301 a adopté un système de « liste virtuelle », sans imposer de limite au nombre de patients qui y sont inscrits. L'étude des dossiers transmis par les médecins participants pendant trois ans et la liste de leurs patients dressée à partir de là ont permis de connaître le choix d'intervenant du patient. Pour économiser le temps et l'argent nécessaires à une inscription formelle des patients, le processus s'appuyait sur les relations patient-médecin existantes. On y perdait cependant l'occasion de communiquer directement avec les patients et d'établir d'emblée et de façon plus personnelle la responsabilité des deux parties. Cette absence de communication initiale risque de donner l'impression aux patients répertoriés que la nouvelle organisation est moins transparente, explicite ou compréhensible.

Dans un autre exemple possible de liste, un projet québécois (QC431) s'est préparé à assumer la responsabilité de tous les services de santé offerts à sa population, y compris les services spécialisés. Il n'a pas répertorié formellement les quelque 25 000 personnes visées par le modèle intégré de soins de santé primaires envisagé, mais, comme son intention est d'instaurer le financement par capitation, il devra, d'une manière ou d'une autre, identifier clairement la population.

3.1.3 Participation des citoyens

Bien que ce ne soit pas toujours facile à réaliser, il est important pour toutes les personnes concernées que le public participe à ses propres soins, à la planification ou aux décisions relatives aux organisations de santé, car cela ouvre des voies de communication directes et permet, par ricochet, d'améliorer la qualité des services et de mieux les adapter. Les soins de santé ont toujours été gênés par des déséquilibres entre les patients et les intervenants en ce qui concerne l'information et les compétences. Par contraste, dans un contexte de soins de santé primaires, on cherche à améliorer la santé en faisant participer les patients et les collectivités et en faisant en sorte qu'ils puissent s'aider eux-mêmes. Cette occasion de s'exprimer donne aux citoyens le sentiment de maîtriser leurs choix en matière de santé. Les commentaires du public sur la performance de l'organisation et des intervenants permet à ceux-ci de rester à l'écoute de ceux qu'ils servent. Ainsi, les projets BC301 ont utilisé des sondages auprès des patients pour connaître le niveau de satisfaction de ces derniers à l'égard de nouveaux services et recueilli de précieux renseignements malgré quelques problèmes au moment de la mise en œuvre.

Les programmes éducatifs aident également les patients à mieux connaître leurs besoins en matière de santé et à savoir comment bien utiliser les services de santé. Le soutien aux soins auto-administrés, à l'adoption et au maintien d'un mode de vie sain peut

donner confiance, permettre de mieux comprendre et contribuer à l'amélioration de l'état de santé, ce qui entraîne une réduction des coûts pour le système. Conformément à ces objectifs, les infirmières des projets BC301 ont organisé des séances d'information collectives et des consultations individuelles sur diverses maladies, comme le diabète et l'asthme.

Faire participer les citoyens à la définition et à l'adaptation des services au niveau communautaire est une forme plus poussée d'habilitation. Au Québec, un projet de « Villes et villages en santé » (QC432) a réuni des bénévoles, des employés municipaux et des intervenants en santé afin de définir des priorités pour les programmes de soins de santé primaires. Il proposait plusieurs services correspondant aux besoins locaux dans différents endroits. Malgré les difficultés rencontrées par ce projet, cela valait la peine de dépasser les anciennes limites afin de faire participer les collectivités au processus décisionnel. Il s'est produit la même chose en Alberta, dans le cadre du projet AB301-12, où une coalition de diverses organisations communautaires s'est formée afin de promouvoir, d'élaborer et de soutenir une initiative de « collectivité en bonne santé ».

3.1.4 Financement

La réforme du système de soins de santé et des soins de santé primaires a notamment pour objectif de modifier la formule de rémunération des médecins. Bien qu'il existe au Canada des formules de rémunération salariale, de paiement de remplacement et de paiement par capitation, la plupart des médecins continuent d'être rémunérés à l'acte. De plus, le contexte de la réforme peut être complexe et exiger beaucoup de temps, et la rémunération à l'acte ne tient généralement pas compte du temps consacré à des efforts cliniques dans d'autres cadres (p. ex., les écoles, qui ont invalidé le potentiel du programme COPE en Alberta (AB301-9)) ou à des aspects non cliniques de la réforme (p. ex. : l'administration ou la gestion).

La réforme vise à passer d'un paiement reposant sur le volume des services à une approche fondamentalement axée sur le patient, favorable à la prestation d'un continuum de services de prévention et de traitement, et offrant un environnement plus souple qui permet de recourir à des équipes multidisciplinaires. De tels changements permettent de mieux soigner les patients et d'offrir aux intervenants un milieu de travail plus équilibré. (Il ressort d'un sondage effectué en 1999 auprès des abonnés du Journal de l'Association médicale canadienne que 70 p. 100 des médecins souhaiteraient une solution de rechange à la rémunération à l'acte.)

Une formule de financement dont la capitation ou le financement par personne font partie intégrante présente plusieurs avantages :

- Le financement est lié à la liste de patients et à leurs besoins plutôt qu'à l'intervenant;
- La formule prévoit un financement « raisonnable » par rapport au coût prévu des soins correspondant au profil de besoins de la population répertoriée;
- Elle alloue les ressources en fonction des caractéristiques observables de la population et n'est pas fortement influencée par les jeux ou manipulation politiques;
- Elle permet un partage « plus juste » des ressources financières avec les autres volets du système;
- Elle offre une certaine prévisibilité à l'organisation et aux gouvernements; et
- Elle s'adapte aux changements dans la taille et la composition démographique de la population ainsi qu'aux niveaux de maladie relatifs, lorsqu'il en est tenu compte dans la formule. Des changements dans les caractéristiques de la population entraînent des changements dans la trésorerie de l'organisation.

On étudie depuis quelques années, au Canada, la théorie et le bien-fondé de nouveaux modèles de financement, mais cette occasion de modifier les formules de rémunération des médecins revêt une importance particulière. Étant donné l'intérêt que les médecins portent aux nouvelles méthodes de rémunération, il est maintenant possible d'envisager une réforme plus complète, d'examiner en détail différentes formules de financement dont la capitation fait partie intégrante, et d'en faire une pratique non plus marginale mais largement répandue dans le

système de soins de santé. Certains projets du FASS ont porté sur d'autres manières d'incorporer et d'ajuster le financement reposant sur la capitation et ont tenu compte des répercussions de ces changements.

Les projets pilotes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique associent différentes méthodes de financement, dont le financement par capitation d'après l'âge et le sexe des patient répertoriés, avec quelques variantes. Le projet ON301 a appliqué deux autres formules, à savoir :

- La « capitation globale », qui fournit une trésorerie comprenant l'accès à des frais supplémentaires pour financer les soins préventifs, les soins à domicile et l'enseignement médical. Les mesures d'incitation qui vont de pair avec cette formule favorisent la transparence du processus, une meilleure information des intervenants et une meilleure compréhension de la part des intervenants de la corrélation entre le financement et la liste de patients; et
- La « rémunération à l'acte actualisée », où la capitation est utilisée pour définir un « plafond » de financement ou un financement maximal pour le groupe par rapport auquel les médecins ont continué de facturer à l'acte. Cependant, le plafond n'est entré en vigueur que 18 mois après la signature.

Les incidences de ces deux méthodes sont différentes. Autoriser le groupe qui utilise le modèle « actualisé » à conserver une rémunération à l'acte faciliterait son passage à un autre modèle de « capitation ». En même temps, faute d'apprécier pleinement le potentiel de réforme du financement par capitation, ce groupe pourrait être tenté de conserver la rémunération à l'acte, et il entraverait donc les progrès. Le lien entre le financement et l'organisation et la constitution d'une liste des patients pourrait avoir moins d'incidence et, par conséquent, ce groupe verrait moins d'intérêt à constituer une liste. Parce qu'il n'est pas touché directement par les répercussions du financement par capitation (p. ex., la trésorerie) et qu'il exerce pour l'essentiel comme avant, il pourrait être moins porté à modifier ses relations avec les patients, par exemple, pour passer plus de temps de qualité avec eux.

Dans les Projets pilotes de réforme des soins primaires (BC301) de la Colombie-Britannique, les médecins tirent la majeure partie de leurs revenus du financement par capitation. Comme en Ontario, la capitation est ajustée en fonction de l'âge et du sexe, la grande différence majeure étant que la formule est adaptée conformément au système d'ajustement par groupement de maladies analogues du Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG). Ce système répartit les patients par catégories de maladie, lesquelles sont assorties de taux de paiement particuliers et plus élevés pour les patients dont la maladie est plus lourde. Ces facteurs d'ajustement supplémentaires font qu'il est davantage tenu compte, dans les flux financiers, du temps et des efforts consacrés aux patients dont les besoins sont plus grands (p. ex. : lorsqu'une population devient plus malade, le flux financier est adapté en conséquence). Le financement est plus explicite, plus transparent et plus prévisible pour les intervenants. L'analyse des paiements effectués sur une année montre que les taux augmentent à mesure que l'état des patients se détériore (ce qui confirme les variations des flux financiers). Les initiatives BC301 visaient également une autre source de préoccupation relative à l'utilisation du financement par capitation uniquement dans le cadre des soins primaires. On craignait, en effet, que les intervenants soient tentés d'augmenter leurs revenus et de réduire leur charge de travail en se déchargeant de patients sur des spécialistes, ce qui entraînerait des augmentations de coûts dans des secteurs spécialisés. Cependant, il ne semble pas, au vu d'une évaluation préliminaire des taux de référence avant et après le début de l'application du financement par capitation, qu'un plus grand nombre de patients aient été orientés vers des spécialistes.

Cependant, tous les projets n'ont pas opté pour le passage à la capitation mixte. La Nouvelle-Écosse, par exemple, espérait faire l'essai d'une capitation mixte dans ses modèles de soins primaires (NS301), mais les médecins ont préféré s'en tenir aux contrats de financement de la rémunération préexistants, qui éliminaient les facteurs d'ajustement et les heures de service précises, y compris les consultations à l'hôpital et à domicile.

3.1.5 Systèmes d'information et technologie

Les systèmes d'information contribuent beaucoup à accroître la capacité des organisations de soins de santé primaires d'offrir des services plus appropriés. Les patients et les intervenants y gagnent un meilleur accès à d'autres intervenants et ressources (p. ex.: consultation, éducation, accès en temps opportun aux résultats des diagnostics). De plus, la compilation adéquate de données intéressantes dans une base de données régionale ou provinciale faciliterait la planification à l'échelle nationale, provinciale/territoriale et régionale ainsi qu'à l'échelle des organisations de soins primaires. Avec des systèmes d'information bien faits et bien entretenus pour les services de soins de santé primaires et d'autres, il est possible d'améliorer l'administration (p. ex. : établissement de calendriers, comptabilité, rencontres avec les patients, renseignements sur la facturation) et la planification. Ces systèmes fournissent également des outils cliniques et une aide à la décision. Un système d'information efficace repose sur des dossiers médicaux électroniques bien tenus que les intervenants peuvent interroger pour y trouver, en temps opportun, des renseignements sûrs, complets et de qualité qui les aideront pas dans leurs évaluations et leurs décisions.

On tient généralement pour acquis que les systèmes d'information canadiens contiennent des données utiles à de meilleures recherches sur les soins de santé primaires. Or, un des projets nationaux (NA369) donne une idée précise de leur état problématique. Ce projet, qui devait être une étude des différences socio-économiques dans l'accès aux soins de santé au Canada, a fait l'objet d'un rapport d'étape lourd de conséquences. L'étude initiale a été retardée, car les chercheurs ont eu du mal à avoir accès à l'information dont ils avaient besoin et ce, dans l'ensemble du pays. Les règlements et les protocoles permettant d'obtenir les autorisations étaient différents d'une province à l'autre, et il n'existait pas de politiques et de protocoles de partage de l'information entre les gouvernements fédéral et provinciaux. De plus, les incompatibilités de codage entre les provinces en ce qui concerne les factures présentées par les médecins et les sorties d'hôpitaux, notamment, ont considérablement gêné la recherche interprovinciale et nationale sur les services de santé. Les conclusions de ce projet révèlent un problème national important sur lequel il faudra se pencher.

Dans tous les rapports des projets pilotes « 301 », il est question des difficultés associées à la sélection, à la mise en œuvre et à l'utilisation de nouvelles technologies. Les problèmes d'ordinateur et de logiciel sont également courants. Ainsi, l'élaboration de certains volets du système du projet ON301 a été retardée, tandis que dans le projet BC301, on progresse nettement dans l'établissement de calendriers, dans la facturation fictive des rencontres et dans la gestion financière. La constitution de dossiers médicaux électroniques doit également être examinée : dans le projet intitulé « Renforcer les soins primaires de la Nouvelle-Écosse » (NS301), des établissements pilotes ont mis au point des systèmes d'information perfectionnés qui comprennent un dossier informatisé du patient et un système de gestion des pratiques qui retracent toutes les méthodes utilisées par les intervenants.

Des intervenants en soins de santé primaires de milieux ruraux ont évalué l'utilisation d'applications de la télésanté, telles que les vidéoconférences, pour relier les intervenants des milieux ruraux à des spécialistes, à d'autres programmes et à des cours de formation. Le projet d'amélioration des soins de santé primaires de Terre-Neuve (NF301) a examiné l'accès à des renseignements utiles dans les interventions. Le lien entre ce projet et une école de médecine a permis de dispenser des cours à des étudiants en milieu rural et à des intervenants des établissements de contribuer au processus éducatif en qualité d'assistants du corps enseignant. Ce projet peut aider à recruter et à retenir des médecins dans les régions rurales et, s'il réussit, il pourrait être étendu à d'autres d'intervenants en matière de santé.

3.2 Renforcement des capacités des soins de santé primaires

Les projets de cette catégorie portaient sur des initiatives de développement et de renforcement des capacités des soins de santé primaires. Plusieurs d'entre eux visaient la pratique clinique et d'autres directives, méthodologies, programmes et soutiens éducatifs destinés aux intervenants qui permettent d'améliorer les normes et la qualité de la planification, de l'évaluation et de la prestation de services des soins de santé primaires. Les programmes qui répondent aux besoins de populations particulières (par âge, sexe, risque, maladie ou groupe culturel, entre autres indicateurs) offraient souvent un continuum de services grâce à des liens entre les organisations et les intervenants en soins de santé primaires, d'une part, et entre les spécialistes, les hôpitaux et d'autres intervenants, d'autre part, y compris les organismes communautaires extérieurs au secteur des soins de santé primaires. Cette méthode peut encourager la mise en place d'une organisation verticalement intégrée.

3.2.1 Directives et autres outils

L'élaboration de directives et d'autres outils profite à la fois aux approches existantes et aux nouvelles formules de soins de santé primaires. Le projet québécois intitulé « L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimalisation des pratiques médicales » (QC303) est parvenu, dans une certaine mesure, à réduire le nombre des analyses en laboratoire après la mise en œuvre d'une directive sur le cancer de la prostate. Un certain nombre de secteurs à améliorer sont apparus alors que l'on essayait d'élaborer d'autres directives. Ainsi, on s'est aperçu qu'il était difficile d'accéder aux données et que la définition de directives passait par un consensus entre professionnels. Le rapport issu de ce projet explique que l'absence d'une culture axée sur le patient et la prédominance d'une culture d'indépendance professionnelle qui en découle sont à l'origine de la faible réponse des médecins. On y fait également observer que l'absence de structure organisationnelle officielle pour les soins primaires complique l'application de toute méthode conçue pour des organisations dont la direction et les processus décisionnels sont clairs et qui sont en mesure d'assumer leurs responsabilités et de fournir les ressources nécessaires. En Alberta, une initiative destinée à améliorer les soins palliatifs (AB301-4) a également connu des difficultés initiales en ce qui concerne la participation des médecins, mais il a cependant été possible d'utiliser les directives pour cerner les problèmes relatifs aux sédatifs. L'utilisation d'autres outils, comme des notes de consultation normalisées, des brochures et des initiatives de communication, a permis aux intervenants de mieux cerner les attentes des collègues, des patients et de leurs familles.

Un autre projet de l'Alberta (AB301-5) a fourni des outils utiles grâce à une évaluation des soins de santé primaires. Il s'agissait, entre autres, de réunir en temps opportun des données plus précises, et le projet a permis de constater qu'il n'existait pas de renseignements sur le coût de la médecine familiale. Malgré les inquiétudes des médecins et des infirmières concernant le temps requis par ce projet, celui-ci a produit plusieurs résultats utiles, y compris une analyse documentaire de tout premier ordre des indicateurs des soins primaires; une liste de 50 indicateurs permettant d'évaluer la médecine familiale sur le plan de l'accès, de la qualité et de l'intégration; et un guide adapté aux organisations de soins de santé primaires cherchant à mettre en œuvre un système d'évaluation des technologies de l'information.

3.2.2 Populations atteintes de maladies chroniques

Une approche des soins fondée sur l'identification et la prise en main de groupes de population par maladies permet de réfléchir à « tous » les besoins individuels et collectifs, tant en ce qui concerne les soins de santé primaires que les autres types de soins. Habituellement, les populations cibles sont celles qui sont atteintes de maladies chroniques ou de longue durée, ou celles qui risquent de les contracter. Cette approche a, entre autres, pour avantage de susciter des initiatives visant des personnes qui présentent un taux de cholestérol élevé, souffrent de diabète ou sont atteintes de maladie mentale. Face à l'absence de mesures d'incitation visant à encourager les médecins rémunérés à l'acte à éduquer leurs patients, le projet

AB301-15 de l'Alberta a ouvert un centre éducatif afin d'informer les patients qui présentaient un taux de cholestérol élevé. Grâce à ce centre, ils ont été mieux informés sur leur régime alimentaire et sur l'exercice, et ils ont pu faire baisser leur taux de cholestérol, souvent sans prendre de médicaments.

Deux projets montrent que l'on a avantage à offrir des programmes éducatifs aux diabétiques. Le projet québécois intitulé « Modèle de soins intégrés pour patients souffrant d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle » (QC433) portait sur l'éducation, en plusieurs langues, des intervenants et des patients souffrant de diabète et mettait l'accent sur les équipes multidisciplinaires. Malgré une certaine réticence des médecins à utiliser ces outils et à prendre part à une formation continue, les patients ayant participé au programme ont déclaré mieux connaître leur maladie et avoir adopté un meilleur mode de vie six mois après le programme. Un autre projet, qui a évalué sept centres pour diabétiques en Alberta (AB301-25), a démontré les bienfaits des programmes éducatifs et autres, malgré certains problèmes de délais d'attente pour accéder aux programmes et le désir d'avoir des services plus proches du domicile des patients. Parmi les participants, le nombre des hyperglycémiques est passé de 64 à 22 p. 100 après le programme. Dans les deux projets, on a souligné qu'il était nécessaire de procéder à une autre évaluation indépendante, afin de définir le meilleur contenu et le meilleur mode de prestation de ces programmes éducatifs.

Un certain nombre de conclusions se dégagent des réponses aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale. Deux projets albertain et néo-écossais (AB301-10 et NS421) visaient à régler les problèmes d'accès, de marginalisation et de traitement en dehors du cadre des soins de santé primaires. Ils intégraient les services de professionnels de la santé mentale (infirmières, psychologues, psychiatres) aux services directs des médecins de premier recours dans des établissements de soins de santé primaires. Dans ces deux projets, la capacité des médecins de famille à traiter les problèmes de santé mentale s'est améliorée, et les patients appréciaient de pouvoir accéder aux services dans le cadre de soins de santé primaires, ce qui a permis d'éliminer le stigmate de la « maladie mentale ». Le projet NS421 a ainsi réussi à réduire les délais d'attente de cinq à sept semaines, à diminuer le nombre des consultations d'urgence et à permettre aux patients se trouvant sur place de consulter des spécialistes. Comme on pouvait le prévoir, le taux de satisfaction des patients était élevé. Le huitième projet relatif aux centres de santé (AB301-3) de l'Alberta, qui portait sur les besoins des malades mentaux, a abouti à la création d'un service de soins d'urgence. Le succès général de ce projet a été atténué par la nécessité de dispenser immédiatement des soins d'urgence et de bousculer certains intervenants, qui ont eu du mal à maintenir une approche de soins de santé primaires.

La formation médicale continue des médecins présente des avantages en ce qui concerne les maladies mentales. Ainsi, deux projets de formation médicale continue réalisés en Ontario et dans l'Île-du-Prince-Édouard (ON213 et PEI 321) ont permis d'améliorer les diagnostics, les traitements et la communication avec les patients. De plus, les médecins sont mieux informés des autres services offerts. En Alberta, le projet (AB301-9) a évalué un programme dispensé en milieu scolaire dans le cadre duquel des pédiatres et des psychiatres sont allés dans les écoles. Ce programme a permis un diagnostic plus précoce, plus précis et plus complet de la maladie mentale. Il a aussi permis de réduire les délais d'attente de un an à deux semaines. Le suivi et les soins d'urgence restent un problème, mais l'intervention précoce et la coopération entre les systèmes éducatif et de santé méritent d'être relevées. Plusieurs conseils scolaires canadiens et américains importants examinent ces résultats.

3.2.3 Populations à risque

Dans ce domaine, les projets portent sur des populations qui présentent un risque de maladie, lequel définit leurs besoins et influence la réponse. Ce risque peut être perçu de différentes manières :

- Désavantages découlant de l'appartenance à une minorité linguistique ou raciale;
- Faible revenu;
- Vulnérabilité des femmes et des enfants;
- Violence sociale;

- Connaissance insuffisante des risques pour la santé, des risques environnementaux et des risques professionnels; et
- Incidence des interventions.

On sait que les familles qui vivent dans la pauvreté et qui sont exposées à d'autres facteurs de risque sociaux sont plus sensibles à la maladie et à d'autres problèmes de santé.

3.2.3.1 Familles/mères/enfants

En Alberta, deux projets (AB301-14 et AB301-21) offraient le soutien de « visiteurs familiaux » qui informaient et aidaient les parents par rapport au rôle parental et aux soins des enfants, et qui leur expliquaient comment trouver les services nécessaires et y accéder. Résultat : les bénéficiaires comprennent mieux leur rôle parental et sont plus à même de recourir aux services dont ils ont besoin. Ils s'adressent donc moins aux services d'urgence. Le projet intitulé « Évaluation d'un programme de soins néonatals de transition » (NA1017), qui portait essentiellement sur la relation mère-enfant, a permis aux mères de mieux connaître leur rôle de parent, de mieux savoir comment réagir face à la maladie, de mieux utiliser les services communautaires et de savoir comment avoir accès aux services des médecins. De même, la communication personnelle était la clé d'une initiative qui visait à remédier aux faibles taux de vaccination relevés au sein d'une population multiculturelle composée pour moitié d'Autochtones dans la région des lacs Keeweetinok, en Alberta. Le manque de connaissances des parents et les difficultés d'accès aux cliniques expliquaient pour l'essentiel ces faibles taux de vaccination. L'initiative de communication personnelle a permis de faire passer ces derniers de 66,5 p. 100 à 86,8 p. 100 entre 1998 et 1999.

3.2.3.2 Violence

Au Québec, l'élaboration de directives, de protocoles de sélection et de séances de formation destinés à repérer les femmes victimes de violence familiale a bénéficié d'un appui général et enthousiaste de la part des CLSC et ce, au-delà du groupe cible initial (QC304). Ce projet visait, entre autres, à éduquer les intervenants en soins de santé primaires et à influer sur leurs attitudes. À la fin des séances, 93 p. 100 d'entre eux se sentaient plus capables d'utiliser le protocole et 96 p. 100 se déclaraient plus aptes à reconnaître des cas de violence familiale. En Saskatchewan, sortant des sentiers battus, le projet SK327 a permis aux victimes de violence sexuelle dans l'enfance d'essayer des médecines douces telles que les massages aux huiles aromatiques et des séances de *reiki*, thérapie au cours de laquelle on stimule les méridiens afin de libérer l'énergie. Ces patients, enthousiasmés par ces thérapies, ont fait état d'un soulagement de leur douleur, d'une amélioration de leur alimentation, d'un meilleur sommeil et d'une diminution des sentiments de fragilité, d'isolement et de culpabilité. Beaucoup d'entre eux ont suivi, parallèlement, des traitements plus conventionnels.

3.2.3.3 Les médicaments et les personnes âgées

Le projet des collectifs de soins de santé primaires de l'Alberta pour l'amélioration de la qualité de l'usage des médicaments dans la collectivité (AB301-27) a adopté une approche multidisciplinaire pour aider les patients qui risquaient de ne pas se conformer aux posologies prescrites ou de mal prendre leurs médicaments. Une équipe composée d'un médecin, d'un pharmacien et d'une infirmière gestionnaire de soins à domicile a travaillé avec des personnes âgées à risque élevé qui prenaient cinq médicaments et plus. D'après des résultats préliminaires, ces patients semblaient mieux suivre leurs prescriptions médicales et moins se rendre dans les hôpitaux et chez le médecin. Une autre initiative réalisée en Ontario, intitulée « Étude aléatoire visant à évaluer l'extension du rôle des pharmaciens vis-à-vis des personnes âgées couvertes par un régime provincial d'assurance-médicaments » (ON221), a démontré qu'il était possible de faire jouer aux pharmaciens un plus grand rôle dans les équipes d'intervenants, en établissant un lien entre les médecins de famille et des pharmaciens formés pour les conseiller en matière d'ordonnance. D'après les pharmaciens, 86 p. 100 des patients avaient des problèmes associés aux médicaments. Les deux problèmes les plus courants étaient les suivants : les patients ne recevaient pas le médicament dont ils avaient besoin ou ils prenaient un médicament dont ils n'avaient pas besoin. Les médecins de famille ont suivi environ 84 p. 100 des recommandations des pharmaciens.

3.2.3.4 Milieu agricole

Le risque d'accident et de problèmes pulmonaires ou cutanés est très élevé chez les agriculteurs. Comme ils vivent dans des régions rurales et éloignées, ils sont souvent loin des soins. Dans le cadre du Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture (SK325), réalisé en Saskatchewan, des infirmières se sont rendues sur place et ont procédé à des sélections en vue d'analyses destinées à dépister des infections pulmonaires, de tests auditifs, d'examens du dos et des articulations, d'évaluations du stress et d'une éducation sanitaire. En dispensant leurs services dans les exploitations agricoles, les infirmières ont pu non seulement travailler en collaboration avec les agriculteurs, mais également avoir accès aux membres de leur famille élargie. Ce programme a permis d'envoyer plusieurs personnes consulter des spécialistes pour des soins complémentaires. De plus, à la suite des formations personnalisées dispensées, 75 p. 100 des agriculteurs ont déclaré avoir modifié leurs méthodes de travail afin d'en réduire les risques.

3.2.3.5 Salles d'urgence et services de soins primaires

Un profil de l'utilisation des services d'urgence en Alberta (AB301-6) révèle que les gens qui ont recours aux services d'urgence pour des soins primaires s'y rendent rarement pour des raisons pratiques. C'est plutôt l'inquiétude et le sentiment d'urgence qui les incitent à recourir à ces services. Ce profil révèle aussi que de nombreux patients essaient de joindre un ou plusieurs intervenants avant de se rendre à l'urgence, d'où l'intérêt potentiel des nouveaux modèles qui prévoient un accès aux services de santé et à des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

3.3 Lien avec le cadre d'évaluation du FASS

Les conclusions des projets de soins de santé primaires qui suivent illustrent six dimensions du cadre d'évaluation national du FASS, à savoir : l'accès, la qualité, l'intégration, les résultats sur le plan de la santé, la rentabilité et la transférabilité.

3.3.1 Accès

Les nouveaux modèles pilotes de soins de santé primaires présentent plusieurs améliorations sur le plan de l'accessibilité. Leur engagement à fournir des services 24 heures sur 24, sept jours par semaine, aide grandement le public, notamment le soir et le week-end, alors que ces moments étaient problématiques dans le passé. De plus, il est possible de joindre ces organisations par téléphone : elles conseillent les personnes qui cherchent à se renseigner afin de se soigner elles-mêmes et, s'il y a lieu, elles leur expliquent comment se rendre à des rendez-vous ou à l'urgence. La médecine de groupe améliore les services de garde et les cadres multidisciplinaires permettent d'accéder à un plus grand nombre d'intervenants. Certaines organisations de soins de santé primaires envoient des infirmières au domicile des personnes qui sont confinées chez elles. D'autres innovations rapprochent les services de chez les patients, que ce soit au moyen de services mobiles de soins de santé primaires multidisciplinaires (Alberta) ou de visites d'infirmières dans les exploitations agricoles dans le cadre du programme de sécurité dans l'agriculture (Saskatchewan). Les délais d'attente pour consulter des spécialistes ont été raccourcis grâce aux initiatives telles que les programmes de santé mentale offerts dans les établissements de soins de santé primaires et les programmes scolaires en Alberta, qui intègrent des spécialistes dans les interventions de soins primaires. Tous ces projets ont aussi amélioré la continuité des soins.

3.3.2 Qualité

La perception des patients ou des clients quant à la qualité des services est souvent influencée par leur accès à ces services. La responsabilité partagée des soins est un des modes d'amélioration de l'accès qui profite également à l'intervenant. En outre, elle permet aux médecins de passer plus de temps avec leurs patients. Mentionnons aussi l'accès plus facile des patients et des clients à un éventail plus complet de services de soins de santé primaires, y compris la promotion de la santé, la gestion des maladies chroniques et des infirmières qui ont le temps d'informer les patients. La tendance à la médecine de groupe et aux équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires donne aux médecins, aux

infirmières et aux autres intervenants plus d'occasions de parler des cas avec leurs collègues et d'exprimer leurs besoins d'information. Les dossiers médicaux électroniques et les systèmes d'échange d'information permettent d'accéder plus facilement aux renseignements concernant le patient et à des données qui aident à prendre des décisions. Ainsi, certains médecins de l'Ontario programment leurs ordinateurs pour des rappels préventifs. Une meilleure information combinée à une approche axée sur la population permet aussi de mieux comprendre l'état de santé des populations suivies, ce qui est utile pour planifier l'organisation des soins de santé primaires. Enfin, le soutien financier et autre accordé à la formation continue aide tous les intervenants à respecter les normes et à augmenter les capacités.

3.3.3 Intégration

L'intégration peut être fonctionnelle (amélioration des liens aux fins de collaboration et de coordination) ou organisationnelle (création d'organisations verticalement intégrées prévoyant la responsabilité des intervenants et des services dans tout le continuum). Les organisations pilotes de soins de santé primaires offrent de nombreux exemples de création de liens et de collaboration en vue d'une intégration fonctionnelle dans le reste du système de soins de santé et des programmes communautaires. Par exemple, de nouveaux protocoles, cartes de soins, mécanismes et approches de programme relient les intervenants en soins de santé primaires aux médecins spécialistes et aux intervenants dans les hôpitaux et dans d'autres milieux où des soins sont dispensés. Un certain nombre d'organisations de soins de santé primaires étudient aussi des façons de fournir des liens avec les services communautaires, des services de soins secondaires et des services de soins actifs. Les réunions du personnel médical et du personnel multidisciplinaire facilitent plus encore le partage de l'information en réunissant différents intervenants.

L'intégration verticale est facilitée en faisant en sorte de réunir des intervenants en soins de santé primaires et des spécialistes de la santé mentale dans des milieux où sont dispensés des soins de santé primaires. Au Québec, une initiative s'apprête à créer une organisation verticalement intégrée fondée sur les soins de santé primaires et financée par capitation, qui servira un bassin de population initial d'environ 25 000 personnes, nombre viable pour des organisations financées par capitation fonctionnant d'après une liste de patients et ayant la latitude de fournir les services directement ou par l'intermédiaire de tiers sous contrat, lorsqu'il s'agit de services qui ne sont pas dispensés par des établissements ou des intervenants locaux. Cette initiative contraste avec une structure d'intégration des intervenants de type « système de prestation intégrée », qui requiert une population allant de 200 000 à 400 000 personnes (Shortell, 1999; Marriott et Mable, 2000).

3.3.4 Résultats pour la santé

Il est trop tôt pour faire des commentaires substantiels sur les résultats de la plupart de ces initiatives sur le plan de la santé. Cependant, on note déjà une amélioration de la conformité et des choix plus sains de la part des citoyens, ce qui devrait avoir des répercussions positives sur leur état de santé. On note également un potentiel évident en ce qui concerne les initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies et les programmes de gestion des maladies chroniques destinés à améliorer l'état de santé de la population avec le temps.

3.3.5 Rentabilité

Les modèles de soins de santé primaires n'ont pas été mis en œuvre dans le seul but d'économiser de l'argent en réduisant les coûts ou de produire des soins meilleur marché, mais bien pour améliorer la qualité, l'efficacité et le rendement de ces soins. Certains projets ont pu mettre en place des mécanismes de suivi tels que la facturation fictive, mais la plupart ont indiqué que le temps, les ressources, la planification ou d'autres contraintes liées à la mise en œuvre du projet ont limité leur capacité de réunir, de surveiller ou de communiquer des données relatives au coût. (Les projets pilotes de la Colombie-Britannique sont intentionnellement sans incidence sur les recettes, leur financement par capitation mixte reposant sur le coût moyen des soins primaires par patient à l'échelle provinciale.) La facturation fictive et des systèmes d'information améliorés devraient permettre de mieux évaluer les coûts à l'avenir. De manière générale, on s'attend à une baisse des coûts à long terme.

3.3.6 Transférabilité

Les modèles pilotes fondés sur des expériences antérieures au Canada et dans d'autres pays se révèlent être acceptables pour les médecins, les autres intervenants et les clients qui ont choisi d'y participer. Ils conjuguent des formules de financement par capitation, divers types de listes, des éléments essentiels et des données relatives, notamment, aux rencontres avec les patients et à la facturation fictive dans des systèmes d'information qui peuvent également comprendre des outils de gestion, de planification et d'aide à la décision. Ces modèles ne sont pas expérimentaux mais fondés sur de solides principes organisationnels, financiers et opérationnels, et ils présentent un immense potentiel d'adaptation des services à diverses populations, dans divers cadres. De plus, les exercices de renforcement des capacités soumis à une évaluation rigoureuse peuvent produire quantité de renseignements que d'autres intervenants et organisations de soins de santé primaires peuvent utiliser.

4. Ressources humaines en santé

Les projets du FASS démontrent à quel point le rôle des professionnels de la santé peut évoluer avec les soins de santé primaires. Ces projets font apparaître de nouvelles tendances et de nouvelles options qui remplacent les anciennes structures hiérarchiques ou l'exercice solitaire de la médecine. Les nouveaux rôles confiés aux infirmières représentent une part importante de la transition, que l'on parle de fonctions élargies ou non. Les infirmières praticiennes s'associent à des médecins, et ces derniers exercent la médecine autrement et sont rémunérés différemment. Ils travaillent en groupe et au sein d'équipes multidisciplinaires en adoptant de nouvelles formes de collaboration.

L'infirmière praticienne forme de nouveaux partenariats avec des médecins, et bon nombre des projets comprennent tout un éventail d'intervenants allant des pharmaciens aux diététistes, en passant par les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes et les orthophonistes, entre autres. D'autres intervenants voient leurs fonctions s'élargir. Dans cette section, nous expliquons les démarches adoptées dans les projets du FASS et leur contribution à l'avancement de la réforme des soins de santé primaires. Les conclusions de ces projets sont regroupées sous quatre grandes rubriques : les nouveaux rôles et l'élargissement des fonctions des infirmières, l'évolution de l'exercice de la médecine et du mode de rémunération des médecins, le développement d'une médecine de groupe et le rôle d'autres intervenants.

4.1 Les infirmières

Les infirmières ont toujours travaillé dans les hôpitaux et servi de personnel de soutien aux médecins dans les cabinets et les établissements où sont traditionnellement dispensés des soins primaires. Avec le temps, certaines d'entre elles sont passées dans le secteur de la santé publique ou de l'éducation et elles sont de plus en plus présentes dans les centres de santé communautaires et les soins à domicile. L'évolution des fonctions et des normes influe sur l'industrie de la santé, ce qui a créé des « cadres de fonctions » pour les soutenir dans les divers rôles qu'elles assument dans différents cadres. Les rôles des infirmières se diversifiant, leurs activités plus nombreuses ouvrent de nouvelles possibilités pour les soins de santé primaires, tout en accentuant la nécessité d'officialiser et de préciser l'ampleur de ces rôles. Les nouvelles responsabilités entraînent de nouveaux problèmes. En débordant de leurs rôles traditionnels, il arrivera que des infirmières n'aient pas les compétences voulues pour certaines tâches et elles devront se perfectionner et acquérir une expérience dans de nouveaux cadres, tout en travaillant en de nouvelles qualités avec d'autres professionnels de la santé.

Les infirmières qui s'occupent de populations rurales ou isolées et qui offrent un éventail complet de services en l'absence de médecins peuvent se trouver confrontées à des problèmes juridiques. La collaboration entre les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé peut avoir des conséquences « politiques » lorsque certains d'entre eux considèrent qu'elles empiètent sur « leur territoire ». Ces nouvelles

fonctions doivent donc être étayées sur le plan juridique et reconnues sur le plan professionnel. Des infirmières affectées là où l'on a besoin d'elles servent bien le système, en particulier lorsqu'elles permettent à la population d'accéder plus facilement aux services. Dans les nouveaux modèles et établissements de soins de santé primaires que l'on découvre dans les projets du FASS, les infirmières font la preuve de leur polyvalence dans divers rôles et services et auprès de diverses populations.

4.1.1 Les différents rôles des infirmières

En comprenant mieux les besoins de diverses populations, on peut améliorer l'accès aux services. En Alberta, les infirmières qui travaillaient seules à des projets de soins de santé primaires (AB301-18), dans quatre établissements métis de la Lakeland Regional Health Authority, ont démontré à quel point elles peuvent contribuer, par leur présence dans une collectivité, à surmonter les obstacles liés à des relations qui, de tout temps, ont été problématiques. En tant qu'intervenantes directes, elles assurent aussi une liaison avec d'autres services et elles contribuent à la sensibilisation, à la participation, à la conformité et à la confiance entre les intervenants et les collectivités. De même, les infirmières du projet intitulé « Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé » (SK330) de la Saskatchewan ont joué un rôle important dans l'examen des services et dans le repérage des lacunes. Elles ont, de plus, aidé à mieux faire comprendre les populations des Premières nations qui ne réagissaient pas aux consultations médicales. Par leur travail, elles ont contribué à améliorer les soins préventifs.

La transférabilité des compétences est importante pour les infirmières, dont les options et la mobilité dans divers cadres améliorent l'accès au système et l'utilisation de ses ressources. Comme l'a montré le projet intitulé « Évaluation de modèles de soins infirmiers dans des milieux de soins de santé primaires » (NA321), les fonctions élargies des infirmières qui sont généralement associées aux régions nordiques ou éloignées se retrouvent aussi dans d'autres situations. Le projet CUPS (Calgary Urban Project Society) CHC (AB301-7) a évalué l'intégration des services dispensés par les infirmières praticiennes dans le centre-ville, afin de voir si les populations mal desservies du centre-ville de Calgary pouvaient bénéficier des compétences et des connaissances des infirmières praticiennes généralement formées pour travailler dans des régions rurales isolées. Ce projet a démontré avec succès que les infirmières praticiennes amélioraient considérablement l'accès aux soins.

Les infirmières améliorent également l'accès en « apportant des services à domicile » aux familles (mères et enfants) à risque. Les infirmières en santé communautaire de deux programmes pour des familles en bonne santé (AB301-14 et AB301-21) de l'Alberta ont assuré une liaison précieuse avec les services de santé publique, notamment en faisant de multiples visites à domicile, en informant et en aidant les familles à développer des habiletés pour devenir plus à l'aise dans leurs rapports avec les services communautaires. On a eu l'impression de ne pas disposer d'assez de temps pour démontrer les avantages potentiels de cette démarche, mais on n'en a pas moins réussi, dans nombre de cas, à établir des relations avec les familles, à les aider et à réduire le nombre des consultations d'urgence pour de jeunes enfants. Ces projets, qui se poursuivent, démontrent que le soutien social est un important déterminant de la santé.

4.1.2 Élargir le cadre des fonctions

Les infirmières assument davantage de fonctions médicales, que ce soit en l'absence de médecins ou comme fournisseurs de services complémentaires, surtout dans les régions rurales. La Nouvelle-Écosse a fait preuve d'initiative dans ce secteur en modifiant sa *Pharmacy Act*, afin que les infirmières praticiennes puissent prescrire des médicaments, ce qui supposait aussi de leur reconnaître légalement le droit de poser un diagnostic et d'autoriser les pharmaciens à délivrer les médicaments qu'elles prescrivent. Le projet intitulé « Renforcer les soins primaires en Nouvelle-Écosse » (NS301) va plus loin : il fait intervenir des infirmières praticiennes et met en place des systèmes d'information de pointe alliant les dossiers médicaux électroniques et des données de gestion de la médecine, et cherche à établir une facturation fictive des infirmières praticiennes afin de surveiller les coûts. Il reste des

questions quant au statut professionnel des infirmières (p. ex. : les conséquences en ce qui concerne les syndicats et les responsabilités). La modification de la *Pharmacy Act* ayant pris du temps, la délivrance d'ordonnances par des infirmières praticiennes a été retardée (lorsque la loi a été modifiée, la liste des médicaments était périmée), mais l'initiative de la Nouvelle-Écosse n'en innove par moins pour les infirmières dans les soins de santé primaires.

Les fonctions des infirmières s'élargissent. En effet, elles remplacent les médecins, suppléent à leur rôle et complètent leurs services dans d'autres cadres ruraux, et elles accroissent l'éventail des services offerts et améliorent l'accès à ces services. Le projet de soins de santé primaires de l'Alberta pour la région d'Elnora (AB301-22) en fournit une illustration dans un nouveau centre de santé rural. En effet, une infirmière praticienne tenait le rôle de clinicienne, assurant des services supplémentaires ou de remplacement B y compris de diagnostic et de traitement B dans la prestation de soins primaires et dispensant une formation continue, notamment sur la pratique des soins infirmiers. Nouvelle au sein d'une équipe existante, l'infirmière praticienne a joué un rôle de premier plan en assurant la prestation de trois services supplémentaires : les soins ambulatoires, la gestion des mesures d'urgence et la prévention des blessures. Le rapport du projet indique qu'il n'y a pas eu de problème à établir la distinction entre les maladies et les blessures nécessitant l'attention d'un médecin et celles dont l'infirmière praticienne pouvait s'occuper. L'exercice de la médecine de groupe a soulevé quelques interrogations (notamment sur la place de l'infirmière praticienne), mais les services de l'infirmière praticienne ont été utilisés et acceptés, et son travail a beaucoup contribué à la satisfaction des patients.

Les fonctions élargies des infirmières démontrent qu'une stratégie de soins primaires mobiles peut résoudre les problèmes associés à la prestation de services de santé destinés à une population dispersée. La collectivité agricole à haut risque suivie dans le projet intitulé « Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture » (SK325) de la Saskatchewan a retiré des avantages notables de ce projet. En effet, des services de soins primaires mobiles ont permis de réduire le nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Utilisant une unité de santé et sécurité mobile, une infirmière autorisée a posé des diagnostics précis, fait du dépistage et dispensé un programme éducatif. Elle a également orienté les patients vers d'autres intervenants, au besoin. Les agriculteurs ont apprécié le service, et les trois quarts d'entre eux ont déclaré avoir adopté des méthodes de travail moins risquées et avoir amélioré leur état de santé. Près de 91 p. 100 d'entre eux estimaient que cette méthode de prestation des soins primaires est plus efficace que d'autres en ce qui concerne la santé et la sécurité en milieu agricole. Le soutien nécessaire à l'élargissement du rôle des infirmières illustre d'autres questions. Au Québec, par exemple, un programme de formation s'appuyant sur des technologies de l'information (QC323) a offert une formation permanente par vidéoconférence à des infirmières travaillant dans des endroits isolés, afin d'élargir leurs compétences professionnelles en l'absence de médecins et d'accroître la collaboration interdisciplinaire. Cependant, cette démarche a été suspendue lorsque le Collège des médecins du Québec a insisté pour que les protocoles utilisés par les infirmières pour certaines techniques soient approuvés par les instances professionnelles compétentes.

Pour mieux comprendre cette question importante, le projet intitulé « Évaluation de modèles de soins infirmiers dans des milieux de soins de santé primaires » (NA321) a cherché à savoir si l'on aidait les infirmières autorisées exerçant des fonctions élargies à dispenser des services de santé primaires ou si on les gênait dans cette tâche. Le rapport de projet explique que les patients étaient « très satisfaits ». Il conclut que la pratique élargie des soins infirmiers peut aider les patients à avoir plus facilement accès à des services dans les régions éloignées, et qu'elle peut également augmenter le nombre de services de santé complets offerts et permettre d'améliorer la qualité des soins et les résultats sur le plan de la santé. Le rapport de projet fournit également des profils intéressants de politiques et de règlements pertinents dans chaque province et territoire, de structures qui emploient des infirmières dans ces rôles élargis et de la perception que les médecins, les patients et les

infirmières autorisées ont de ces fonctions élargies. Parmi les problèmes rencontrés dans les projets, mentionnons la grande incohérence et les variations importantes d'une région à l'autre du pays dans les conditions de travail des infirmières aux fonctions élargies et dans la législation, le cadre des fonctions et les exigences de formation correspondantes. De plus, les médecins s'inquiétaient de la diminution de leurs revenus et des « compromis » dans la continuité des soins.

L'élargissement du rôle des infirmières présente de grands avantages potentiels pour le système, mais on doit se pencher sur plusieurs de ses aspects : nouveaux cadres de fonctions, acceptation professionnelle dans tous les groupes, nouvel appui législatif au cadre de fonctions (p. ex. : engagement du gouvernement), soutien externe et interne dans les nouveaux cadres (p. ex. : organisations et programmes de soins de santé primaires) et soutien particulier aux infirmières qui travaillent seules dans des régions rurales et éloignées (compte tenu de ce que l'on pense actuellement de tout intervenant qui travaille seul, en situation d'isolement).

4.2 Les médecins

On lit beaucoup dans la littérature professionnelle que l'exercice indépendant de la médecine est moins sûr et qu'il ne permet guère de partager les responsabilités des cas ou d'en parler dans un environnement collégial. On y note aussi une augmentation de l'épuisement professionnel chez les médecins qui ne bénéficient d'aucun soutien. Les médecins tendent actuellement à passer de l'exercice indépendant de la médecine à la médecine de groupe, et à étudier d'autres mécanismes de rémunération. Certains projets du FASS offrent de nouveaux modèles axés sur la médecine de groupe, les milieux multidisciplinaires et différentes formes de collaboration avec d'autres fournisseurs de soins de santé.

Il est à noter que les projets pilotes de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-neuve (BC301, ON301, NS 301 et NF 301) exigeaient des médecins qu'ils travaillent en groupe (tous au même endroit en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve, et en réseau en Ontario) et qu'ils forment peu à peu des équipes multidisciplinaires. Ces nouveaux modèles remplacent l'isolement professionnel par un environnement propice au partage des tâches, à l'échange d'informations et au soutien collégial, d'où une amélioration de la qualité et de la sécurité, tant pour les médecins que pour les patients. Ce processus prendra du temps. En Ontario (ON301), certains médecins sont réticents à travailler au sein d'équipes coordonnées qui influent sur les services d'appel et les heures prolongées. En Colombie-Britannique (BC 301), les médecins ont remarqué qu'il faut jusqu'à six mois pour passer de l'exercice indépendant de la médecine à une médecine de groupe.

Un des objectifs de la réforme des soins de santé primaires est d'abandonner la rémunération à l'acte, qui récompense le volume de services offerts et qui encourage un exercice de la médecine susceptible de compromettre les soins axés sur le patient, ainsi que la prévention et la promotion de la santé. C'est ce qu'illustre le projet COPE (AB301-9), en Alberta, où une formule de rémunération à l'acte décourageait activement les médecins de travailler dans des milieux scolaires qui pouvaient gêner le fonctionnement de leur cabinet médical. Avec le passage de la rémunération à l'acte à d'autres mécanismes, comme la formule par capitation, les médecins peuvent passer plus de temps avec leurs patients, travailler pour des services communautaires ou se consacrer à des tâches administratives ou autres B à la réforme par exemple B sans perte de revenus. De plus, les mesures d'incitation changent, en particulier avec la formule de financement par capitation, de sorte que l'accent est mis sur les personnes et les groupes visés, leurs caractéristiques propres (comme l'âge, le sexe et les maladies) et leurs besoins. S'ils sont rémunérés par capitation ou salariés, les médecins ne perdront pas d'argent parce qu'ils passent plus de temps avec leurs patients.

Les projets présentent diverses formules de rechange. Dans les projets de l'Ontario et de la Colombie-Britannique (ON 301 et BC301), les médecins qui travaillent sur de nouveaux modèles et dans des centres de santé communautaires sont payés selon des formules mixtes qui comprennent une rémunération par capitation et d'autres méthodes, telles que le

paiement à l'acte pour les services non couverts par la capitation (p. ex. : urgence hospitalière, obstétrique, assistance chirurgicale) et pour les patients non inscrits. De nouveaux codes régissent la gestion des soins préventifs, les primes aux soins préventifs et l'enseignement médical ciblé. Les médecins des centres de santé communautaires de l'Alberta sont (et ont été) salariés, et leur contrat de régime de paiement permet un exercice différent de la médecine qui comprend le counselling et les conseils donnés au téléphone. Un projet de l'Alberta (AB301-2) analyse les liens entre les soins de santé primaires et les services sociaux, et son personnel a incorporé une méthode de facturation fictive afin d'exprimer financièrement la somme et le type de services offerts.

En Nouvelle-Écosse (NS301), dans la Première nation Eskasoni (NA 305) et à Terre-Neuve (NF301), de nouveaux modèles sont financés autrement que sur la base du paiement à l'acte (encore que cela ne soit pas toujours expliqué en détail dans les rapports de projet). Grâce au succès relatif des nouvelles méthodes, les médecins exerçant dans des modèles de soins de santé primaires se sont déclarés intéressés par plus de renseignements, de cours et de formation sur la gestion de la trésorerie et sur sa répartition au sein des organisations.

4.3 Médecine de groupe : équipes multidisciplinaires et soins coopératifs

Les expériences varient d'une région à l'autre, mais la collaboration entre les médecins, le personnel infirmier et les autres soignants est en train de tisser de nouveaux liens, parfois avec d'autres secteurs. Il peut en résulter, entre autres, une amélioration de la qualité et de l'accès, une plus grande continuité des soins et une meilleure utilisation des ressources. Les projets du FASS visaient à constituer des équipes, à dispenser un enseignement et à former. Pour tous les intervenants, trouver le temps et le bon moyen pour mener ces activités représente un défi constant, tout comme surmonter les inconvénients et l'irritation causés par les changements dans leur profession et dans celle des autres. La volonté des intervenants de vaincre leurs réticences et d'accepter le changement est essentielle aux progrès dans les soins de santé primaires.

Dans les centres de santé communautaires, les projets ont inclus, pendant un certain temps, des formes de fonctionnement multidisciplinaire, l'essentiel étant pour eux d'améliorer les éléments et les approches. Le projet intitulé « Calgary Urban Project Society », ou CUPS (AB301-7), évalue la collaboration entre une infirmière praticienne et des médecins, des dentistes, des chiropraticiens et un technicien orthésiste au sein d'une équipe interdisciplinaire dans une clinique. Ce projet, qui s'est avéré fructueux, a permis de formuler de nouvelles directives cliniques pour le traitement de dix états non aigus. Au départ, les médecins ne savaient pas très bien quel serait le rôle des infirmières praticiennes, mais ils ont vite constaté qu'elles facilitaient la communication entre différents fournisseurs de soins, qu'elles amélioraient sensiblement l'accès aux soins et leur qualité, et qu'elles prenaient en main des cas, permettant ainsi aux médecins de passer plus de temps avec des patients qui avaient besoin de leurs services. Quelque 95 p. 100 des patients ont été satisfaits de cette initiative. Une meilleure utilisation des infirmières praticiennes exigera cependant des modifications aux *Lois sur la santé publique*, qui ne prévoient pas que les spécialistes soient payés pour les cas qu'elles leur adressent.

Le projet intitulé « Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille » (NA342) essaie et évalue un cadre de travail en deux volets, qui appuie les infirmières praticiennes et les omnipraticiens et qui permet de préparer des cours concertés de niveau supérieur destinés aux élèves infirmières praticiennes (infirmières autorisées expérimentées) et aux résidents en médecine familiale (première année de résidence). Les infirmières praticiennes sont devenues responsables d'activités curatives, se sont occupées de soins plus complexes aux patients et ont adressé moins de cas aux médecins de famille, mais les médecins n'ont pas changé leurs modes de fonctionnement et ont continué à s'envoyer mutuellement des patients. Une grande collaboration et un degré de satisfaction élevé, en comparaison avec des endroits témoins,

étaient manifestes dans le cadre des fonctions, des compétences, des contrôles et de la distinction entre les rôles, ce qui a permis d'avoir confiance dans le rôle des infirmières praticiennes sur les lieux d'intervention. Ce projet, qui utilisait la technologie de l'information pour soutenir la collaboration, a aussi permis d'élaborer des lignes directrices relatives aux fonctions pour ce qui est des « éléments essentiels » de l'expérience séparée et partagée, des connaissances et des compétences des intervenants. Les résultats ont confirmé que la collaboration peut être enseignée, apprise et soutenue et ce, malgré les obstacles.

D'autres initiatives ont trouvé des façons novatrices de constituer des équipes, de les motiver et d'élargir leur utilisation, notamment en ayant recours à la technologie, en apportant des services mobiles aux collectivités et en offrant des services spécialisés dans les établissements qui dispensent des soins primaires. Le projet pilote et d'évaluation intitulé « Co-ordinated Disease Prevention and Management » (AB301-11) de l'Alberta a créé sur Internet un environnement d'équipe virtuel suivant une approche multidisciplinaire pour la prévention et le traitement du diabète et de l'arthrose. Des équipes composées de praticiens en soins de santé primaires et de médecins de famille travaillant dans le secteur communautaire ont préparé des plans d'interventions pour six organisations de soins de santé primaires. Une définition claire des rôles au sein de l'équipe a réduit le chevauchement et facilité la délégation. Les besoins de formation concernant la prise de décision en équipe et les compétences nécessaires à la mise en œuvre ont été définis. Des outils d'information en ligne se sont avérés utiles pour exposer les origines des désaccords et trouver des moyens de collaborer. Ces activités en ligne complétaient les activités en atelier, mais ne les remplaçaient pas.

Une autre approche novatrice de l'accès et de la sensibilisation aux services pour la clientèle rurale a amélioré la collaboration et fait gagner du temps et de l'argent en ce qui concerne les déplacements. En mettant une ou deux fois par semaine une équipe multidisciplinaire mobile de professionnels de la santé à la disposition de trois « centres » communautaires, le projet pilote intitulé « Alberta's Rural Primary Health Care System » (AB 301-23) de l'Alberta a amélioré l'accès aux services dans les petites collectivités rurales. Cette équipe était composée d'un médecin, d'une infirmière, de pharmaciens, d'un technicien de laboratoire, d'un inhalothérapeute et d'un orthophoniste, épaulés par une seconde équipe spéciale chargée d'autres services, comme la santé du sein, la nutrition, l'éducation des diabétiques, etc. La population s'est montrée très satisfaite de leurs services. De plus, elle a mieux respecté les régimes prescrits et suivi les ordonnances médicales, et elle s'est davantage soumise à la vaccination anti-grippe que celle d'une collectivité témoin. Grâce à ce projet, moins de gens ont quitté la région pour aller chercher des services de santé ailleurs.

4.4 Autres intervenants

D'autres intervenants se sont distingués par leur contribution aux projets du FASS, démontrant ainsi leur importance dans de nouveaux rôles et de nouveaux cadres. Le projet intitulé « Coordination et évaluation d'un projet de démonstration d'accouchement à domicile » (BC404) de la Colombie-Britannique est le premier au Canada à faire un examen systématique des accouchements prévus à domicile dans un cadre réglementé. La province a commencé à réglementer la profession de sage-femme en janvier 1998. On a demandé à des sages-femmes et à leurs clientes dans toute la province de participer au nouveau projet. La coopération entre les sages-femmes et les autres professionnels de la santé au cours des deux années de transition a été excellente, ce qui a permis d'intégrer en toute sécurité les accouchements à domicile assistés par des sages-femmes. Dans 98 p. 100 des cas problématiques, les sages-femmes ont pu consulter des médecins ou leur confier les patientes. Les accouchements à domicile planifiés bénéficiaient d'un soutien massif de la clientèle, et ce projet a conclu que les sages-femmes étaient un choix sûr pour les femmes enceintes.

Bien que la plupart des projets se soient principalement attachés à définir le rôle des infirmières praticiennes dans les nouveaux modèles, en Colombie-Britannique et en Ontario, des projets pilotes et d'autres initiatives du FASS essaient par différents moyens de maximiser les services de divers fournisseurs de soins (le NS301, par exemple, avec des travailleurs sociaux, des orthophonistes et des diététistes). En Alberta, le projet intitulé « 8th and 8th Health Centre Proposal » du centre-ville de Calgary (AB301-3) a modifié sa méthode de triage pour que le client puisse avoir un premier contact avec un intervenant autre qu'un médecin. Dans le cadre du projet de la Saskatchewan intitulé « Programme enrichi de réadaptation en milieu rural » (SK326), des assistants physiothérapeutes ont travaillé en collaboration avec des physiothérapeutes pour répondre aux besoins des personnes âgées dans des régions rurales. Ils représentaient une option moins coûteuse pour des tâches telles que le travail de bureau, l'éducation des patients et la gymnastique rééducative. Ce projet a démontré que des assistants physiothérapeutes bien formés et supervisés amélioraient l'accès et la qualité des services de rééducation.

Des professionnels de la santé autres que les infirmières et les médecins voient également s'élargir le cadre de leurs fonctions et ils sont confrontés, dans ces nouveaux rôles, à des problèmes similaires à ceux des infirmières. La Nouvelle-Écosse, par exemple, l'a reconnu en modifiant sa *Pharmacy Act* afin d'autoriser les infirmières praticiennes à rédiger des ordonnances. Par ailleurs, la province reconnaît la nécessité de réévaluer les rôles d'autres intervenants. Cet examen exigera des efforts supplémentaires, tant pour les membres des équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires que pour ceux qui exercent seuls.

5. Santé de la population et conséquences intersectorielles

Les soins de santé primaires suivent une approche fondée sur la santé de la population qui vise à améliorer la santé de tout le monde et à réduire les inégalités entre les groupes de population. Afin d'atteindre ces objectifs, cette approche prend en considération toute la gamme de facteurs et de conditions (ou « déterminants ») qui influent beaucoup sur notre santé (Santé Canada, 2001). Il s'agit de prévenir les maladies et les blessures, de promouvoir la santé ainsi que de diagnostiquer les maladies et de les traiter. Dans les soins de santé primaires, on s'efforce de tenir compte des relations parfois complexes entre les déterminants, qui ont quelquefois des conséquences intersectorielles, et cela demande une perspective générale et des partenariats, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé.

Tableau 3 : Les déterminants de la santé

- Le revenu et les facteurs sociaux
- Les réseaux d'aide sociale
- L'éducation
- L'emploi et les conditions de travail et de vie
- Le milieu social
- Le milieu physique
- L'hérédité biologique et génétique
- L'hygiène personnelle
- La capacité d'adaptation
- Le développement de l'enfant
- Les services de santé
- Le sexe

La nécessité d'une approche globale est confirmée par un projet québécois sur les cliniques de périnatalité (QC321) dont le rapport dit ceci : « On reconnaît que la perspective médicale est importante mais qu'elle ne suffit pas, à elle seule, à satisfaire aux divers besoins des femmes enceintes, de leur conjoint et de leur famille. Il est essentiel d'organiser les compétences parce qu'une personne, voire un établissement, ne

peuvent remplir à eux seuls toutes les fonctions ni répondre à tous les besoins. »

Une appréciation plus générale des populations identifiées par âge, sexe, maladie, risque, culture, langue ou autre facteur encourage les planificateurs et les intervenants en matière de santé à ne plus considérer seulement la santé sur le plan individuel ou en fonction de soins épisodiques. Les projets du FASS sont des exemples d'approche de la santé de la population par le biais de stratégies appliquées dans divers cadres :

- approches multidisciplinaires et concertées;
- accent sur les sources ou les causes de problèmes de santé;
- renforcement des capacités pour les populations et pour que les intervenants en soins de santé primaires afin de répondre aux besoins; et
- habilitation des collectivités en augmentant les connaissances sur les soins de santé primaires et par des liens avec d'autres secteurs.

L'approche fondée sur la population qui régit la collecte de données en Colombie-Britannique (BC 301) éclaire la planification et l'évaluation des programmes et des services de soins de santé primaires. Elle permet aux intervenants de mieux comprendre l'état de santé de la population dont ils s'occupent, de même que leurs besoins en matière de programmes et de services. Les projets destinés à renforcer les capacités comprennent des initiatives ciblées sur des groupes de population particuliers définis par maladie ou par risque. Certains projets (QC301, QC325, AB301-15, ON428, QC302, QC433) visaient à réorganiser les services ou à modifier le comportement de populations confrontées à des maladies chroniques (par ex.: l'asthme, des maladies cardiovasculaires ou le diabète). Entre autres mesures, ils cherchaient à éduquer les patients et les intervenants dans des contextes d'urgence, et à faire orienter les jeunes asthmatiques (parfois par des personnes autres que les intervenants) vers des centres spécialisés au Québec (QC301, QC325).

D'autres projets visaient des critères de repérage des populations à risque comme la pauvreté, le manque de connaissances, les victimes de violence sociale et d'autres éléments sociaux qui influent sur la santé (NA372, AB301-9, AB301-14, AB301-20, AB301-21, QC304, QC305, QC321, SK327). Certains se concentraient sur les mères et les enfants, comme les projets albertains pour des « familles en bonne santé » (AB301-14 et AB301-21), qui se sont associés à des organismes communautaires tels que les services à l'enfant et à la famille, les centres de santé publique et les sociétés de guérisseurs traditionnels. Des projets tels que le projet AB301-14 sont intéressants pour les organismes municipaux et provinciaux locaux, de même que pour le Conseil national de prévention du crime, parce qu'ils peuvent contribuer à réduire la violence familiale et la délinquance juvénile.

Les initiatives du FASS étudient en détail le rapport entre le secteur de la santé et d'autres secteurs dans divers projets qui s'intéressent aux collectivités rurales, au développement communautaire et à l'éducation. Le milieu rural est la source de diverses conséquences sectorielles et de différents problèmes de santé, y compris l'éloignement des agglomérations, de ressources importantes et de conditions économiques et environnementales particulières. Plusieurs initiatives du FASS envisageaient différentes approches du lien entre les soins de santé primaires et le cadre rural en travaillant directement avec certaines collectivités (AB301-19, AB301-22, AB301-23, AB301-26, NA 342, NF 301, SK321, SK325). Un projet de la Saskatchewan (SK321) s'est penché sur les difficultés de l'économie agricole et sur leurs conséquences pour la santé, le bien-être et la qualité de vie des femmes dans divers rôles, et le Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture de la Saskatchewan (SK325) a été lancé afin d'offrir des services de soins de santé primaires aux agriculteurs. Ces services seraient intéressants pour les ministères fédéraux et provinciaux de l'Agriculture et de l'Environnement, car ils sont apparus meilleurs qu'une approche fondée sur les risques professionnels.

Les projets visant le développement communautaire et la participation des citoyens ont essayé d'influer sur les soins de santé primaires, tant en milieu rural qu'urbain. Les difficultés rencontrées et les progrès enregistrés dans les efforts déployés pour favoriser l'habilitation et la participation des citoyens et pour les inciter à adopter des modes de vie sains et actifs dans des milieux sociaux et physiques sains devraient intéresser les services publics et les ministères qui s'occupent de la culture, des sports et d'activités communautaires saines. Parallèlement, il s'est avéré particulièrement difficile, dans certaines initiatives prises en Alberta, de s'investir à la fois dans le développement communautaire et la participation des citoyens conjointement aux soins de santé primaires (AB301-12, AB301-22 et AB301-24).

Le système scolaire semble se prêter naturellement à une coopération et à des programmes intersectoriels qui intéressent les professionnels de la santé et le milieu de l'éducation. L'initiative de soins de santé primaires en milieu scolaire de l'Alberta (AB301-9) visait à accroître les chances de diagnostic précoce, d'intervention et de prévention des problèmes de santé mentale chez les enfants. En général, une approche de la santé de la population définie sur la base de certains déterminants augmente les chances que les services de soins de santé primaires et les intervenants exercent une plus grande influence sur la santé de ceux et celles qu'ils servent. Les expériences du FASS permettent aux gouvernements et aux intervenants de mieux comprendre diverses approches adoptées par rapport à des populations cibles et les facteurs qui les influencent et qui influent aussi sur les intervenants concernés. Cela éclaire la planification et l'administration ainsi que les possibilités en matière de services.

6. Répercussions sur la politique et la pratique

L'expérience directe acquise par le biais des projets du FASS apporte un nouvel éclairage et renforce les connaissances de longue date sur certains aspects des soins de santé primaires, comme les avantages de la médecine de groupe et des équipes multidisciplinaires, le potentiel inexploité des infirmières, et les liens entre les déterminants, la promotion de la santé et la maladie, et la prévention des blessures. Pour les décideurs, le défi consiste à tirer le maximum de cette expérience. Les gouvernements et d'autres parties intéressées doivent mieux comprendre la situation afin de faciliter la réforme des soins de santé primaires.

6.1 Projets pilotes ou mise en œuvre?

Il faut répondre maintenant à une question fondamentale. Les projets pilotes donnent le sentiment « d'essayer avant de généraliser », mais ils laissent aussi sous-entendre que l'effort n'est que temporaire et réversible, avec les effets négatifs que cela suppose sur les initiatives. Ils laissent aussi entendre que les approches adoptées sont nouvelles et non éprouvées, ce qui n'est pas toujours le cas. Les modèles qui intègrent plusieurs éléments des « nouveaux » modèles de soins de santé primaires sont en place auprès de certains médecins et d'autres intervenants depuis l'avènement du régime d'assurance-maladie, encore qu'à plus petite échelle que ceux, traditionnels, de la rémunération à l'acte. Certains éléments de ces modèles sont les mêmes que ceux que l'on retrouve dans les modèles de soins de santé primaires adoptés par d'autres pays et dans les soins de santé primaires d'organisations de santé intégrées d'autres pays encore. Ils reposent sur des principes d'aménagement organisationnel solides. Les initiatives menées en Colombie-Britannique, en Ontario, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve et en Alberta confirment qu'ils donnent de bons résultats. L'expérience d'autres pays montre que des mesures résolues sont souvent

nécessaires pour progresser. L'amélioration peut et devrait donc probablement être constante afin d'appuyer les nouveaux modes opérationnels que le public et les intervenants devraient pouvoir adopter.

6.2 Un ou plusieurs modèles?

Il faut aussi se demander si la volonté politique existe et si le système peut tolérer plus d'un modèle de soins de santé primaires. L'évaluation de la Colombie-Britannique a conclu que son nouveau modèle ne sera sans doute pas choisi par tous les médecins et qu'il devrait être considéré comme une option. D'aucuns redoutent que l'existence de plusieurs modèles risque d'entrainer des inégalités d'accès. En réalité, le Canada mène de front plusieurs modèles concurrents, y compris celui de la rémunération à l'acte, des modèles reposant sur des listes de patients et financés par capitation, la médecine de groupe avec des équipes multidisciplinaires telles que les organismes de services de santé (OSS), et il a acquis une expérience considérable avec les centres canadiens de santé. Des modèles plus étendus, à intégration verticale, qui comprennent une base de soins de santé primaires sont étudiés en détail dans des collectivités canadiennes depuis 10 ans, mais ils son limités par une absence de mandat. Le système de santé s'est déjà montré capable de soutenir des variations organisationnelles et il pourrait encore le faire dans le cadre déterminant de l'intégration des soins de santé primaires. Là encore, beaucoup d'autres pays sont favorables à un système pluraliste et à divers modèles pour les intervenants et pour le public.

6.3 Lignes directrices pour la mise en œuvre des modèles

Les projets ont soulevé plusieurs interrogations au sujet des processus de mise en œuvre. Ainsi, en Colombie-Britannique, des médecins ont fait des remarques sur le temps que peut demander le passage de l'exercice individuel à la médecine de groupe. Lorsque les impératifs temporels et des projets sont mal synchronisés, le processus peut devenir trop complexe et le calendrier, irréaliste, et certains projets du FASS essaient d'en faire trop dans les délais impartis. Avec l'expérience des projets, il semble qu'une approche progressive et une meilleure planification générale s'imposent. Les initiatives qui seront prises gagneraient à s'appuyer sur des lignes directrices qui faciliteraient, appuieraient et renforceraient les objectifs et les exigences de la mise en œuvre.

6.4 Ordinateurs, systèmes d'information et télésanté

Il est essentiel, si l'on veut de bons soins de santé primaires, de prêter attention à des éléments sous-jacents tels que la création d'un dossier médical électronique commun et l'accès à des ordinateurs et à d'autres technologies pour les services, l'information et la recherche. Des systèmes informatiques et des logiciels pour la gestion clinique et organisationnelle contribuent nettement à inciter les médecins et d'autres intervenants à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de nouveaux modèles. Il est nécessaire de mettre des systèmes en place en temps opportun, en tenant compte des observations de ceux et de celles qui les utiliseront. En effet, ils ne peuvent être tout simplement rajoutés par dessus le système de santé existant, sans planifier soigneusement leur intégration. Les structures de financement des coûts doivent permettre aux intervenants d'utiliser l'informatique, les vidéoconférences et la télésanté pour faciliter la transition. Un plus grand partage des études et de l'information à l'échelle nationale permettrait d'accélérer l'élaboration de solutions viables en ce qui concerne l'intégration de la technologie de l'information dans les modèles de soins de santé primaires.

6.5 Simplicité administrative

Les gouvernements sont confrontés à de réels défis lorsqu'il s'agit d'apporter diverses formes de soutien. D'une part, ils doivent exprimer clairement ce qui est attendu; d'autre part, ils doivent veiller à ce que ceux qui participent aux projets rendent des comptes. Ils doivent aussi fournir des fonds, des compétences, des données et d'autres appuis. Cependant, une bonne élaboration et une bonne exécution de programme commencent chez soi. Il semble que certaines relations entre les gouvernements et les nouveaux modèles soient lourdes, inefficaces et compliquées. L'appui

est essentiel au succès, mais des objectifs distincts et une microgestion peuvent empêcher de progresser. Comme le démontrent certains projets, les gouvernements doivent prévoir une administration qui ne demande pas trop de temps aux intervenants et au personnel des nouvelles organisations. Et, lorsque le gouvernement a financé un projet, il doit réduire au minimum tous les obstacles à sa réalisation, notamment en ce qui concerne les procédures officielles (par ex.: difficultés à recueillir des données sur la santé de la population). Cela comporte des conséquences particulières pour les projets pratiques qui promettent d'aller au-delà des projets pilotes pour arriver à une solution opérationnelle acceptée. D'autres intervenants peuvent ne pas choisir cette voie, s'ils entrevoient des complications administratives supérieures aux avantages attendus en échange.

6.6 Travail en collaboration

Le travail en collaboration peut beaucoup contribuer à renforcer l'efficacité des services et à améliorer le milieu de travail de tous les intervenants. Les projets confirment la conclusion selon laquelle le travail en collaboration facilitera la meilleure utilisation de tous les intervenants en matière de santé et garantira que les services de soins de santé primaires les plus complets et les plus intégrés sont offerts à divers groupes de population. Parmi les obstacles au travail en collaboration, citons des questions de compétence, des mécanismes de réglementation et de financement imparfaits, un manque d'élaboration de politiques dans les associations de médecins et d'infirmières et dans les organismes de réglementation, et des questions médico-légales qui empêchent les médecins de collaborer autant que possible. Certains règlements professionnels doivent être changés afin d'en élargir la portée, et des modifications sont nécessaires dans les politiques et le système de santé afin de préciser les mécanismes de remboursement, notamment, pour aider tous les intervenants qui travaillent en collaboration.

6.7 Formation commune des intervenants

La formation commune des intervenants qui travaillent en collaboration est une bonne façon de faciliter le progrès. L'expérience montre les avantages et le potentiel d'une approche éducative coordonnée entre les soins infirmiers et la médecine, et elle appuie fortement les recommandations des Ontario Chairs of Family Medicine et du Council of Ontario University Programs of Nursing, qui demandent que soient offertes des possibilités de formation commune, en collaboration avec les programmes canadiens de formation en médecine familiale, dans le premier cycle, les cycles supérieurs et la formation permanente, en classe et dans un cadre clinique.

6.8 Soins infirmiers

En mettant l'accent sur les soins infirmiers, il serait plus facile de maximiser le potentiel inexploité de ce groupe d'intervenants. Il faudrait commencer par dissiper la confusion entre les divers termes et pratiques utilisés dans tout le pays. Des changements à la réglementation de la profession sont nécessaires pour permettre aux infirmières praticiennes de travailler dans plus de cadres. En prêtant davantage attention à des rôles plus vastes des infirmières et à l'établissement d'infirmières praticiennes, il est nécessaire aussi de s'assurer que les normes nationales évoluent en ce qui concerne la portée de la pratique et de partager l'information relative aux prescriptions légales qui soutiennent le nouveau rôle (par ex.: le droit de prescrire un traitement), afin de protéger la transférabilité professionnelle et de jeter les bases d'une analyse nationale.

6.9 Autres intervenants

Il faut également s'intéresser au rôle potentiel d'autres intervenants dans les soins de santé primaires. Les projets montrent qu'il y a avantage à ce que des pharmaciens jouent un rôle éducatif, effectuent un contrôle de la qualité des prescriptions et fassent partie d'une équipe. Les expériences relatives aux sages-femmes continuent de montrer qu'elles sont bénéfiques au système. Les intervenants autres que les infirmières

et les médecins offrent de réelles possibilités d'améliorer les services et les options que les organisations de soins de santé primaires peuvent proposer. Cependant, il faut clarifier et régler des problèmes persistants, qui empêchent de progresser.

6.10 Appui à la formation permanente

La formation permanente contribue à améliorer la qualité et la performance des intervenants. Cela devrait être reconnu par le biais du financement et d'autres appuis fournis aux intervenants qui travaillent dans des organisations dispensant des soins de santé primaires. La formation permanente est essentielle pour maintenir la capacité des intervenants et s'assurer que l'on offre des services modernes au public. Il serait bon d'étudier en détail des approches novatrices en ce qui concerne le transfert de connaissances et diverses techniques et technologies. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient appuyer ce domaine, de concert avec les établissements d'enseignement et les associations professionnelles.

6.11 Lignes directrices et élaboration de programmes pour la pratique clinique

Un des projets (QC303) résume bien les conséquences importantes pour les lignes directrices relatives à la pratique en disant qu'elles « constituent un des éléments essentiels de l'élaboration de mécanismes efficaces pour l'assurance de la qualité. La rédaction et l'application de lignes directrices sont deux étapes inséparables, et leur planification ne doit pas être déléguée à deux entités différentes, travaillant chacune de son côté. L'investissement dans la rédaction de lignes directrices relatives à la pratique dont le plan de diffusion et d'application n'est pas déjà établi avec les partenaires concernés, au moins dans les grandes lignes, est un mauvais investissement. » De même, le renforcement des capacités des organismes de santé, des intervenants et du public serait facilité par des lignes directrices bien pensées et tenant compte des commentaires de ceux et celles qu'elles visent.

6.12 Information du public

Le public doit être mieux préparé aux transitions qui s'opèrent dans les soins de santé primaires. Les changements devraient être expliqués clairement, en montrant que l'on croit à leurs avantages. Il est nécessaire de mieux comprendre les ressources et les solutions existantes. L'information du public doit comprendre une meilleure compréhension de nouveaux modèles et de nouveaux cadres, afin que le public et les décideurs aient confiance dans la qualité des services, quelle que soit la façon dont on y accède. Le public et les autres parties intéressées doivent également avoir des attentes raisonnables quant aux types de services possibles dans les collectivités, et il faut les aider à surmonter tout conflit lié à « l'habilitation communautaire », dans laquelle certains peuvent voir une façon de se décharger de responsabilités sur les collectivités. Parallèlement, ces dernières, une fois engagées, peuvent devenir de puissants lobbyistes, ce que devraient reconnaître ceux et celles qui mettent en œuvre des changements d'orientation. Les gouvernements devraient participer aux programmes d'information du public et encourager les collèges et universités partenaires ainsi que les associations professionnelles, entre autres, à en faire autant, afin de présenter les nouvelles orientations et les nouveaux modèles, d'expliquer les enseignements retenus et les avantages du changement, et de citer des exemples de réussite au Canada et à l'étranger.

6.13 Exemples de réussite

La possibilité d'essayer de nouvelles approches incite certains à prendre des mesures décisives afin de « révolutionner » les soins et de faire du travail en collaboration avec des médecins, des infirmières dont le rôle est élargi et d'autres intervenants la norme dans tous les cadres de pratique. Plusieurs initiatives portaient sur des aspects du dépassement de l'intégration fonctionnelle (collaboration accrue) pour arriver à des organisations à intégration verticale pour des populations particulières (par ex.: les malades mentaux) et des populations entières, comme cela existe au Québec dans l'approche dite de service complet. Il serait bon, pour stimuler le développement,

d'examiner beaucoup d'exemples de réussite qui apparaissent à différents niveaux.

6.14 Services d'urgence ou de soins d'urgence mineure

En Alberta, les services de soins d'urgence mineure dans des cadres de soins de santé primaires sont très appréciés, notamment par les personnes atteintes de maladie mentale. De plus, ils réduisent les taux d'hospitalisation. Offrir ces services dans des cadres de soins de santé primaires pose un défi stratégique, car il faut faire la différence entre les soins d'urgence et les soins d'urgence mineure. Il est nécessaire aussi de définir des lignes directrices relativement à la prestation de ces services dans des cadres de soins de santé primaires.

6.15 Liens en matière d'information et normes relatives aux données

Un soutien national est nécessaire pour étudier l'état des systèmes d'information et d'échange d'informations, et pour accroître la capacité de recherche. Plusieurs initiatives examinent des problèmes relatifs aux données (accès, disponibilité, qualité, etc.) qui empêchent de faire des jugements éclairés en pratique, de prendre les décisions nécessaires en temps opportun et de pouvoir effectuer des études utiles. D'aucuns souhaitent vivement s'appuyer sur des éléments probants issus de la pratique qui sont, comme on l'a exprimé en Alberta, la « meilleure information tirée de la pratique que les intervenants utiliseront ». Une étude nationale documente un certain nombre de difficultés en ce qui concerne l'obtention d'autorisations, à cause de règles et de protocoles qui diffèrent d'une province à l'autre; l'absence de politiques et de protocoles en ce qui a trait au partage de l'information entre les gouvernements fédéral et provinciaux; et l'incompatibilité de codage des réclamations des médecins, des sorties d'hôpital et d'autres données entre différentes provinces, ce qui constitue un obstacle de taille à la recherche nationale et interprovinciale sur les services de santé.

Il faut une volonté politique et administrative pour surmonter ces écueils. Il est urgent d'harmoniser les lois fédérales et provinciales sur la protection de la vie privée et des renseignements personnels en adoptant les règlements et les processus d'examen pertinents. La promotion de bons services de santé et d'efforts de recherche fructueux sur la santé de la population, au palier fédéral et provincial, passera par des partenariats entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, de même que par des mécanismes permettant d'établir des priorités, si l'on veut coordonner les compétences du gouvernement fédéral, des provinces et des centres de recherche universitaire.

6.16 Situations et besoins particuliers des populations

On sait, depuis un certain temps, qu'il y a des groupes de population qui ont besoin d'une attention particulière. L'expérience du FASS met en évidence des groupes qui présentent des problèmes de santé ou des risques particuliers, en milieu rural, dans le centre des villes et dans les Premières nations en général, et cela ne va pas sans conséquences importantes. Bien qu'il semble évident qu'une approche des soins de santé primaires fondée sur les « besoins » d'une population donnée tiendrait compte de leurs besoins, certaines populations sont complexes et tout simplement pas assez bien comprises ou servies à ce jour.

7. Recommandations et conclusion

Les recommandations suivantes visent les conséquences examinées ci-dessus.

7.1 Projets pilotes ou mise en œuvre?

Les prochaines étapes, en ce qui concerne la poursuite des projets pilotes ou le passage à un cadre de soutien à des organisations opérationnelles dispensant des soins de santé primaires, ne sont pas énoncées clairement dans les rapports d'évaluation des projets. S'ils ne le font pas déjà, les gouvernements devraient dépasser les conséquences à court terme des projets pilotes du FASS relatifs aux organisations de soins de santé primaires pour s'engager à long terme dans la mise en œuvre et l'amélioration continue. Cet engagement pourrait comprendre des innovations telles que des organisations de soins de santé primaires mobiles (p. ex. : des équipes comprenant des médecins et d'autres intervenants pour les collectivités rurales isolées). Il serait bon de songer à appuyer la création ou l'expansion d'organisations de soins de santé primaires, de manière à englober des organismes de santé à intégration verticale partielle ou totale.

7.2 Un ou plusieurs modèles?

Les gouvernements provinciaux devraient envisager d'adopter une politique de pluralisme dans les modèles qui acceptent des modèles antérieurs et de nouveaux modèles de soins de santé primaires. Idéalement, cette politique devrait être appliquée dans le cadre obligatoire de soins de santé primaires. Il en existe des exemples dans de nombreux pays où il s'agit d'une approche continue et dans d'autres, où il s'agit plus d'une politique temporaire.

7.3 Lignes directrices et appui pour la mise en œuvre des modèles

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient travailler en collaboration avec des intervenants associés aux modèles du FASS, afin d'élaborer des lignes directrices pour la mise en œuvre de nouveaux modèles et des approches progressives pour des modèles entiers ainsi que pour des sous-volets, comme l'installation d'ordinateurs et de logiciels. Ils devraient appuyer les intervenants qui sont capables d'accélérer et de tolérer le changement. Les gouvernements devraient également envisager de financer la formation et l'administration de transitions, de même que d'autres soutiens, comme :

- une garantie initiale de revenu pour les médecins pendant la mise en œuvre des projets;
- une formation et des consultations en ce qui concerne la structure et la gestion des organisations dispensant des soins de santé primaires; et
- des fonds de démarrage pour :
- un temps initial de planification des programmes et d'autres activités de lancement;
- la rénovation des bureaux qui accueilleront les équipes multidisciplinaires;
- des systèmes d'information et de gestion cliniques, y compris des dossiers médicaux électroniques et des systèmes communs; et
- des renseignements sur les patients afin de faciliter l'accès au système de soins de santé primaires.

La planification devrait encourager et faciliter les liens entre les sites, de même que l'échange d'informations et d'idées pour la mise en œuvre et la pratique, afin de pouvoir se replacer en perspective, de se faire part des réalisations et d'établir ce qui est réaliste. Cette démarche devrait être adoptée dans les provinces et dans tout le pays, afin de relier les sites établis et les nouveaux sites.

7.4 Ordinateurs, systèmes d'information et télésanté

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient envisager d'étudier davantage les systèmes d'information en mettant l'accent sur des systèmes de dossiers médicaux électroniques communs, afin d'élaborer des solutions viables pour les organisations qui dispensent des soins de santé primaires.

7.5 Simplicité administrative

Les gouvernements doivent veiller à ce que l'administration des programmes soit efficace et à ce qu'elle ne demande pas trop de temps aux intervenants et au personnel des nouvelles organisations. Lorsqu'un gouvernement a financé un projet, il doit réduire au minimum tous les obstacles à son succès, notamment quand ces obstacles existent dans ses propres processus. Cela revêt une importance toute particulière dans le cas des initiatives qui doivent passer du stade de projet pilote à des opérations permanentes.

7.6 Travail en collaboration

Il est nécessaire de supprimer les obstacles systémiques et autres qui gênent la collaboration. Il s'agit, notamment, de questions de compétence, de mécanismes de réglementation et de financement, et d'une absence d'élaboration de politiques dans les associations d'infirmières et de médecins, ainsi que dans les organes de réglementation. De nombreux problèmes médico-légaux empêchent les intervenants de travailler en collaboration. Certains règlements professionnels doivent être modifiés afin d'élargir la portée de la pratique. Des changements sont nécessaires dans la politique et le système de soins de santé afin de repérer les mécanismes de remboursement, entre autres, auxquels ont recours tous les intervenants qui travailleront en collaboration.

7.7 Formation commune des intervenants

Les gouvernements et les autres parties intéressées devraient appuyer la mise en œuvre des recommandations du Ontario Chairs of Family Medicine et du Council of Ontario University Programs of Nursing, qui demandent que soient offertes des possibilités de formation commune, en collaboration avec les programmes canadiens de formation en médecine familiale, dans le premier cycle, les cycles supérieurs et la formation permanente, en classe et dans un cadre clinique.

7.8 Soins infirmiers

Il faudrait une initiative fédérale, provinciale et territoriale pour définir des normes nationales en ce qui concerne la terminologie et la portée de la pratique. Cette initiative devrait comprendre des prescriptions légales favorables à l'élargissement du rôle des infirmières et des infirmières praticiennes.

7.9 Autres intervenants

Il faudrait une initiative fédérale, provinciale et territoriale pour définir des normes nationales en ce qui concerne les rôles et contributions d'autres intervenants en matière de santé dans les organisations qui dispensent des soins de santé primaires.

7.10 Appui à la formation permanente

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient étudier des façons d'appuyer, d'élaborer et de mettre en œuvre des moyens novateurs permettant d'assurer la formation permanente des intervenants en matière de santé.

7.11 Lignes directrices et élaboration de programmes pour la pratique clinique

Les organismes qui subventionnent la recherche et d'autres organismes de financement devraient continuer d'appuyer l'élaboration de lignes directrices et de programmes relativement à la pratique clinique en ce qui concerne les soins de santé primaires.

7.12 Information du public

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient développer l'information du public en ce qui concerne tous les aspects de la réforme des soins de santé primaires et appuyer ceux qui participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de réformes, y compris de nouveaux modèles dans tout le Canada. Les programmes d'information devraient expliquer clairement, à l'intention du grand public et des intervenants, les avantages qu'il y a à s'engager dans cette direction.

7.13 Exemples de réussite

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient travailler en étroite collaboration avec ceux et celles qui participent à la mise en œuvre de nouveaux modèles, afin de repérer les exemples de réussite et d'élaborer des stratégies qui s'en inspirent (par ex.: THAS en Ontario, les expériences d'infirmières praticiennes).

7.14 Services d'urgence ou de soins d'urgence mineure

Un groupe de travail représentatif sur le plan professionnel devrait examiner les politiques et les pratiques relatives aux soins d'urgence, par opposition aux soins d'urgence mineure, et leur application dans les organisations qui dispensent des soins de santé primaires.

7.15 Liens en matière d'information et normes relatives aux données

Il faudrait une initiative fédérale, provinciale et territoriale pour examiner l'incompatibilité des codes de facturation des médecins, de sortie d'hôpital et d'autres données essentielles à l'évaluation des soins de santé primaires au Canada. Cette initiative devrait définir des politiques et des protocoles en ce qui concerne l'échange d'informations entre les organismes fédéraux et provinciaux. De plus, il faudrait élaborer un programme de recherche fondé sur les projets du FASS. Un groupe de travail devrait être constitué et chargé d'étudier les sujets de préoccupation relatifs aux examens éthiques en ce qui concerne les évaluations et de définir une approche plus rationnelle.

7.16 Gestion de la transition

Il faut prévoir des zones de résistance possible au changement et réagir en faisant preuve de compréhension, en informant et en communiquant. Des changements sont nécessaires dans tous les domaines législatifs, financiers et administratifs fondamentaux, pour que toutes les ressources du système national deviennent complémentaires et soient utilisées le mieux possible. Il faut se montrer sensible à des situations et à des groupes particuliers lorsque l'on ne profite pas de possibilités d'accès aux services. Les questions relatives au lancement d'une organisation, à la transition et à la viabilité à long terme doivent être examinées dans une perspective plus large. Il faut encourager et soutenir les intervenants et les dirigeants qui sont disposés à prendre de nouvelles orientations dans la réforme des soins de santé primaires.

7.17 Conclusion

Le regain d'attention dont les soins de santé primaires font l'objet depuis peu arrive à point nommé. Les expériences des initiatives du FASS confirment que les avantages possibles pour les intervenants en matière de santé, les organisations du secteur de la santé, les gouvernements et les autres parties intéressées sont tels que les coûts d'option sont trop élevés pour qu'on les ignore. Plus important encore, les avantages potentiels que présentent le retour à un bon état de santé et à son maintien en font une priorité nationale. C'est grâce à ces expériences que l'on pourra progresser dans les soins de santé primaires.

Ouvrages de référence

Canadian Medical Association. (1994). *Strengthening the foundation: The role of the physician in primary health care in Canada.* L'auteur.

Federal/Provincial/Territorial (FPT) Advisory Committee on Health Services. (1996). *What we heard: A national consultation on primary health care.* Ottawa: Communication Directorate, Health Canada.

Health Canada. (2001). *What is population health?* http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/approach/index.html

Marriott, J., & Mable, A.L. (2000). *Opportunities and potential: A review of international literature on primary health care reform and models.* Ottawa: Health Canada.

Marriott, J., & Mable, A.L. (1999). *Incentives, accountability and policy barriers: Inputs to incorporate into a primary care paper.* Unpublished report prepared for the Health Services Restructuring Commission in Ontario.

Marriott, J., & Mable, A.L. (1999). *The case in support of a national rural health strategy.* Unpublished report prepared for the Office of Rural Health, Health Canada, August.

National Forum on Health. (1997). *Canada health action: Building on the legacy – Final report of the National Forum on Health.* L'auteur.

World Health Organization (WHO). (1978). *Primary health care: Report of the international conference on primary health care* (Alma-Ata, USSR, 6-12 September). Geneva: L'auteur.

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant les soins primaires

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : www.hc-sc.gc.ca/htf-fass.

(NA221) L'utilisation des benzodiazépines chez les aînés

Bénéficiaire : Association des facultés de médecine du Canada

Contribution : 618 455 $

Ce projet d'envergure nationale étudiait la faisabilité d'un examen de l'utilisation des médicaments à l'échelle du Canada ainsi que celle d'un volet de formation médicale continue (FMC) pour les médecins de première ligne au sujet de la prescription appropriée des benzodiazépines. La consommation abusive et la prescription inappropriée de benzodiazépines chez les personnes âgées sont toutes deux bien documentées. Chacun des huit provinces ayant des facultés de médecine aborde ce problème à sa façon. L'Ontario et le Québec ont pu identifier les médecins dont les schémas de prescription étaient potentiellement inappropriés et ont adapté les efforts d'éducation à ces personnes et ce, de manière confidentielle. Dans les différentes provinces, les interventions comprenaient des séminaires, l'envoi de matériel imprimé par la poste et du matériel d'enseignement aux patients. Quatre provinces ont également un programme de formation continue en pharmacothérapie. Deux provinces ont mis en place deux séances de FMC interactives pour petits groupes. Dans toutes les régions, l'initiative prenait une forme éducative et non coercitive. Au moment d'établir le présent rapport, l'analyse de suivi n'avait été achevée qu'en Ontario et à Terre-Neuve; dans cette dernière, on ne constatait aucun changement important sur le plan des données de prescription collective tandis qu'en Ontario, on notait une très modeste baisse au niveau des prescriptions individuelles aux aînés.

(NA305) Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaire pour la Première nation Eskasoni

Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (région atlantique), Santé Canada

Contribution : 465 133 $

Ce projet a conçu, mis en œuvre et évalué un modèle global de prestation de services de santé à Eskasoni, une collectivité des Premières nations du Cap-Breton, Nouvelle-Écosse. Le projet a mis en œuvre les éléments suivants : transfert permanent du gouvernement fédéral à la bande indienne locale de l'administration des soins de santé; abandon des services de médecins œuvrant en solo et la formule de rémunération à l'acte au profit d'une clinique multidisciplinaire regroupant plusieurs médecins; construction d'un nouveau complexe de soins accueillant des services de la collectivité et de l'extérieur; meilleure utilisation des médecins, des hôpitaux et des médicaments d'ordonnance; intégration des services fournis par les médecins aux programmes de santé communautaires; établissement de liens avec le centre régional de santé. Le modèle a entrainé des améliorations sur le plan de l'efficience et de l'efficacité des programmes. Quoique toutes les données n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation, au cours de la première année, les visites au service des urgences ont baissé de 40 pour cent; quant aux visites chez les médecins de famille, elles sont passées de 11 par an, un niveau élevé, à 4, et le coût des médicaments prescrits a diminué de 7 pour cent et ce, malgré une augmentation de la population de 10 pour cent.

(NA321) Évaluation de modèles de soins infirmiers dans des milieux de soins de santé primaires

Bénéficiaire : The Centre for Nursing Studies, St. John's, Terre-Neuve

Contribution : 206 885 $

Ce projet d'envergure nationale cherchait à cerner ce qui aide ou au contraire ce qui entrave les infirmières aux rôles élargis et/ou aux fonctions étendues lorsqu'elles fournissent des services de soins primaires. Les chercheurs ont établi les conditions et les définitions, ont dressé un profil des politiques et des lois pertinentes dans chaque province et territoire, ont élaboré le profil des structures ayant à leur emploi des infirmières exerçant ces rôles, et ont évalué les perceptions des

médecins, patients et infirmières envers un tel rôle professionnel élargi. Le projet a mis à jour un grand manque d'homogénéité et d'importantes variations aux quatre coins du pays en ce qui a trait à la pratique infirmière, aux lois qui la régissent, à la portée des démarcations de pratique et aux exigences en matière de formation. Dans les régions où il y a davantage de médecins, de plus nombreuses restrictions limitent le rendement des infirmières. Lorsque la disponibilité d'infirmières ayant la préparation exigée pour travailler en région isolée est réduite, les attentes et les normes relatives à la formation baissent. Les médecins sondés expliquaient que les rôles infirmiers élargis pourraient améliorer l'accès des patients aux services dans les régions éloignées, accroître la disponibilité de services de santé globaux, rehausser la qualité des soins et les résultats pour les patients. Toutefois, ils exprimaient des inquiétudes à propos de la baisse de revenus, de l'accès limité aux services diagnostiques, des entraves au recrutement et au maintien en poste de médecins et des compromis réalisés dans la continuité des soins aux patients. Les infirmières, elles, s'inquiétaient des restrictions imposées sur l'étendue de la pratique, des limites en matière de compétences et de connaissances, du manque de sensibilisation des professionnels de la santé et du public, et de la tension et de la précarité dues au manque de soutien et à la résistance des médecins. Quant aux patients sondés, ils étaient « très satisfaits » des soins prodigués par ces infirmières.

(NA342) Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille

Bénéficiaire : Services de santé des Sœurs de la Charité d'Ottawa

Contribution : 745 695 $

Cette étude réalisait une évaluation systématique des moyens d'améliorer la « collaboration structurée » entre les infirmières de première ligne et les médecins de famille dans deux sites d'intervention et deux sites témoins dans des régions rurales et isolées de l'Ontario. Un module d'apprentissage sur la pratique en collaboration a été élaboré, mis à l'essai, puis mis en œuvre dans les sites d'intervention. Après avoir étudié le module, les professionnels de la santé participants (infirmières de première ligne et médecins de famille) ont sélectionné cinq actions qui pouvaient être entreprises dans le cadre temporel de l'étude en vue de renforcer leur collaboration. Le projet a constaté la survenue de changements au site d'intervention en réponse aux efforts fournis pour structurer la collaboration. Tandis que les infirmières assumaient une responsabilité accrue pour des activités de nature curative, se chargeaient de soins aux patients plus complexes, et orientaient moins de situations vers les médecins de famille, ces derniers n'ont pas modifié leurs schémas d'orientation des patients – une collaboration complète, avec un haut degré d'aiguillage dans les deux sens, ne s'est pas produite. Les chercheurs estiment qu'il faut davantage de temps et d'expérience pour que ce virage réussisse. De nouvelles lignes directrices sur les rôles ont fait l'objet d'une adaptation réussie, et au site de comparaison, les aiguillages internes vers les médecins ont augmenté durant la période visée par l'étude.

(NA366) Télécentres axés sur l'éducation et la santé communautaires (TEACH)

Bénéficiaire : Memorial University of Newfoundland

Contribution : 199 000 $

Ce projet pilote avait pour but de concevoir, mettre en œuvre et évaluer un modèle de prestation des soins primaires et de formation dans ce domaine dans trois collectivités rurales de Terre-Neuve en faisant appel aux technologies de communication. Le projet a analysé des rapports en provenance de trois sites de services de télésanté ainsi que les formulaires d'évaluation complétés par les patients ayant participé à des vidéoconférences ou utilisé d'autres applications de télésanté; il a consulté les professionnels de la santé et le personnel technique et interviewé les acteurs clés notamment des prestateurs de soins. Les clients disaient des installations de télésanté qu'elles étaient bonnes ou excellentes et qu'ils les utiliseraient de nouveau. En revanche, des problèmes sont survenus au niveau des coûts reliés aux communications par satellite et de l'absence d'un mécanisme de financement visant à régler les honoraires des médecins prodiguant des services de télésanté.

(NA369) Différences socioéconomiques dans l'utilisation des soins de santé : pourquoi y a-t-il des obstacles autres que financiers aux services « médicalement nécessaires »?

Bénéficiaire : Institut canadien d'information sur la santé, Toronto

Contribution : 213 044 $

Lors de la réalisation d'une étude sur les différences socio-économiques à l'accès aux soins de santé au Canada, une équipe de chercheurs universitaires de cinq provinces a révélé l'étendue des imperfections et de la fragmentation du système provincial/fédéral de traitement des données de santé. Elle a ainsi effectué un examen des obstacles au rassemblement de données à des fins de recherche. Quoique que l'étude portant sur les iniquités d'accès aux médicaments d'ordonnance, aux soins à domicile et aux soins de longue durée soit encore au programme, le rapport publié par les chercheurs décrit l'ensemble impressionnant, complexe et chronophage d'approbations, d'autorisations, d'ententes contractuelles et de politiques auxquelles il fallait se plier avant que le projet ne puisse démarrer. Ils ont constaté la diversité des lois provinciales, des politiques et des procédures visant à garantir la protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements de santé de nature personnelle; le peu de soutien accordé au partage interprovincial des données; les priorités conflictuelles des bureaucraties. Même la gestion des données posait problème car chaque province a des systèmes de codage différents pour les demandes de paiement des médecins, les données sur les congés et les données relatives à d'autres domaines, ce qui crée un obstacle de taille à la recherche interprovinciale sur l'utilisation des services de santé et leurs résultats. Les auteurs suggèrent que leur cadre organisationnel – un réseau pancanadien de chercheurs, d'analystes, de centres de recherche provinciaux et d'organismes fédéraux – pourrait tracer la voie de la recherche de demain. L'étude éclaire d'un jour nouveau le manque d'efficacité des systèmes de collecte et de protection des données du Canada, et stipule que toute amélioration de la situation exigera une volonté politique et administrative.

(NA372) La santé communautaire : quatre modèles de prestation de santé communautaire dans les communautés francophones et acadienne

Bénéficiaire : Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, Ottawa

Contribution : 211 150 $

Ce projet décrit et analyse le fonctionnement de quatre centres de santé offrant des services en langue française à des populations francophones minoritaires de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, du Manitoba et de l'Alberta. Les auteurs examinent également les liens communautaires associés à chaque modèle et l'incidence de ces services sur la clientèle. En général, ils constataient qu'en dépit de la faiblesse de l'exercice des pouvoirs de la communauté, la clientèle était grandement satisfaite des services fournis. Ils en ont conclu qu'il est impossible de recommander un seul modèle de soins de santé pour les francophones hors Québec, du fait de la diversité des conditions politiques et démographiques. Tous les centres avaient réussi à maintenir – et même à accroître – les services offerts en français à la communauté; la nature multi-disciplinaire des centres contribuait à cette réussite. Par contre, les auteurs ont constaté la vulnérabilité des services étant donné le contexte minoritaire et l'importance du soutien du gouvernement fédéral. Ils recommandent d'étudier plus avant les besoins de santé des francophones en situation minoritaire afin de mieux y répondre.

(NA1017) Évaluation d'un programme de soins néonatals de transition

Bénéficiaire : Calgary Regional Health Authority

Contribution : 65 385 $

Ce projet visait à évaluer une étude clinique randomisée portant sur l'impact d'un programme de soutien post-hospitalisation pour nourrissons pesant moins de 2000 grammes à la naissance. L'étude a recruté 135 nourrissons de poids insuffisant à la naissance qu'elle a répartis de manière aléatoire entre le groupe soumis à l'intervention et le groupe témoin, avec une stratification supplémentaire concernant les nourrissons de poids insuffisant à la naissance et ceux de poids très insuffisant (moins de 1500 g). Le personnel du Programme a suivi les nourrissons du groupe d'intervention pendant les quatre mois suivant leur congé de l'hôpital, dispensant des conseils d'ordre préventif et un enseignement à domicile; les nourrissons du groupe

témoin, eux, ont reçu le suivi standard de l'infirmière de santé publique. Les chercheurs ont constaté que les résultats s'amélioraient chez les nourrissons et la famille lorsqu'on leur fournissait un soutien continu. En particulier, le groupe bénéficiant de l'intervention était nourri au sein plus fréquemment et sur de plus longues périodes. En outre, ces nourrissons recevaient des suppléments vitaminiques de façon plus adéquate et voyaient leur médecin plus régulièrement tandis que les visites médicales imprévues étaient moins nombreuses. Il n'existait aucune différence pondérale entre les deux groupes six mois après le congé.

(AB301) Projets de services de soins primaires de l'Alberta

Bénéficiaire: Alberta Health and Wellness

Contribution : 11 112 759 $ - Vingt-sept projets

Ce rapport constitue une méta-analyse de 27 programmes d'évaluation ou pilotes de l'Alberta. Les projets relevaient de six stratégies clés, à savoir : l'accès aux soins en régions rurales et éloignées, la prévention des maladies et la promotion sanitaire dans le cadre de l'amélioration des services à la collectivité, l'intervention précoce et l'éducation, la restructuration du système de santé, la prestation de services intégrés, l'amélioration de la qualité des soins et services et des applications de modèles de centres de soins communautaires. Les résultats obtenus dans le cadre des projets se traduisent, à divers degrés, par une meilleure compréhension des six dimensions nationales des soins de santé primaires. Certains projets indiquaient que les méthodes de rémunération actuelles des médecins avaient pour effet de freiner leur coopération inter- et multidisciplinaire. Bon nombre de projets illustraient la réussite de la prestation de services intégrée et se soldaient par une amélioration de la continuité des soins. D'autres projets mettaient en lumière la nécessité d'un partage d'information accru entre fournisseurs de soins, clients, organismes gouvernementaux et administrateurs. D'autres encore faisaient valoir l'importance et les avantages des stratégies d'intervention précoce et de sensibilisation du public. Les projets réalisés en régions rurales ou éloignées ont mis à l'essai des stratégies de rechange efficaces pour améliorer les soins primaires comme la télésanté, les infirmières en poste éloigné, les équipes médicales à distance et le suivi des calendriers de vaccination. Tous ces projets ont fourni un rapport individuel que viennent compléter des feuillets d'information et des résumés.

(AB301-1) Une étude visant à appuyer le repositionnement des services et des pratiques en matière de prestation de soins de santé primaires

Ce projet visait à dégager les domaines de fragmentation et de chevauchement des services au sein de la régie régionale de la santé de Calgary. À l'aide d'un modèle systémique, les chercheurs ont étudié le système actuel de soins de santé sous trois aspects : la population, les fournisseurs et les services. Ils ont examiné tous les services, y compris les organismes à but lucratif ou non lucratif, les organismes gouvernementaux et les organismes de la régie régionale de santé, et ont les résultats en s'appuyant sur la théorie des jeux et la théorie des modèles systémiques. Le projet présente également des exemples des défis et des répercussions du changement au niveau de la prestation des soins primaires à Calgary.

(AB301-2) Une évaluation du Centre de santé communautaire d'Alexandra, un modèle de soins primaires

Ce projet analysait le centre de santé communautaire (CSC) d'Alexandra à Calgary afin d'explorer la relation entre les services sociaux et les soins de santé primaires. Ce CSC dispense depuis 26 ans des soins cliniques et psychologiques et propose un programme de développement communautaire. Il a été évalué sur les points suivants : qualité, accès, intégration des services, impact sur la santé, rentabilité et transférabilité. Les données ont été recueillies par une équipe d'évaluation interne, et les résultats ont été analysés par une équipe externe dans un contexte de soins primaires. Toutefois, le déroulement du projet a dû faire face au roulement important du personnel clé, à un soutien variable et à l'interruption du volet développement communautaire des services, ce qui en a sévèrement limité les résultats.

(AB301-3) Proposition du Centre de santé « 8th and 8th » pour une évaluation réflexe

Ce centre de santé, situé au centre-ville de Calgary, offre des services médicaux d'urgence 24 heures sur 24 ainsi que des services de santé publique et mentale, de soins continus et de liaison communautaire. Cette évaluation visait à améliorer le centre et, selon les résultats, à explorer l'implantation possible d'autres

centres de ce type dans la région. Cette étude a révélé que les services offerts par le centre étaient utilisés par un nombre important de patients qui ne travaillaient ni ne résidaient dans le centre-ville; les raisons principales de leur fréquentation du centre comprenaient son emplacement, sa commodité, la satisfaction des clients vis-à-vis des services et du personnel, les délais d'attente réduits et peut-être aussi le fait que les clients n'avaient pas de médecin de famille attitré. L'étude suggère toutefois que la continuité des soins risque de souffrir de l'intégration des soins d'urgence à un modèle de centre de santé.

(AB301-4) Amélioration des soins de santé primaires aux patients atteints de cancer en soins palliatifs

Ce projet cherchait à améliorer la qualité des soins palliatifs offerts aux patients atteints de cancer de la régie régionale de la santé de Calgary. Les chercheurs ont évalué des guides de pratique clinique (GPC) pour la sédation palliative; ont facilité la transition vers les soins palliatifs par l'adoption de notes de consultation normalisées à l'intention des médecins; ont évalué les besoins éducatifs des professionnels de la santé, des patients et des proches; ont diffusé une brochure sur les soins palliatifs. L'étude a révélé que les familles et les patients souhaitaient obtenir de l'information sur les thérapies anticancéreuses parallèles et complémentaires. L'évaluation du GPC sur la sédation palliative a révélé un taux élevé de traitements inadéquats ainsi que des problèmes de gestion des cas de délire. Cependant les initiatives de diffusion de l'information ont reçu un accueil positif de la part des fournisseurs de soins palliatifs qui déclaraient que ces efforts avaient permis de dégager les attentes des fournisseurs, des patients et des familles.

(AB301-5) Évaluation d'une clinique de soins de santé primaires en fonction des paramètres de soins de santé primaires premier contact, longitudinalité, intégralité et coordination

Ce projet évaluait une clinique communautaire de médecine de famille établie à Calgary. Les chercheurs ont défini des indicateurs de qualité des soins; ont donné des ateliers à des médecins et à des infirmières; ont organisé des groupes de réflexion auprès de patients et de membres de la collectivité; ont réalisé une importante revue des écrits; ont demandé aux principaux intervenants de classer des indicateurs de soins primaires tels que l'accès, l'intégralité et la relation médecin-patient. L'étude a révélé qu'un processus d'évaluation réussi nécessite la présence d'un(e) responsable de projet sur place, la participation active du personnel de la clinique et le soutien d'experts en méthodologie, en revue de littérature et en gestion financière. Elle a engendré plusieurs outils utiles y compris une recension des écrits sur les indicateurs de soins de santé et une liste de 50 indicateurs d'évaluation des cliniques de médecine familiale en ce qui concerne l'accès, la qualité et l'intégration.

(AB301-6) Évaluation du choix des patients du milieu urbain d'un service d'urgence à leur premier contact avec les services de soins de santé primaires

Pourquoi tant de gens préfèrent-ils se rendre dans les salles d'urgence plutôt que dans les autres services de soins primaires tels que les cabinets de médecins et les cliniques sans rendez-vous? Pour répondre à cette question, les chercheurs ont élaboré un instrument polyvalent destiné à : 1) mesurer les perceptions des gens quant à l'accès aux soins; 2) dresser le profil des patients utilisant les salles d'urgence à des fins de soins primaires; 3) cerner les obstacles à l'utilisation des autres milieux de soins. Les données ont été recueillies par le biais d'enquêtes auprès des patients, d'une revue des écrits, d'entrevues téléphoniques, de consultations auprès de groupes communautaires et d'intervenants régionaux. Même si les résultats de ce projet ont fourni un profil démographique de la population utilisant les salles d'urgence, les chercheurs n'ont pas pu élaborer d'instrument transférable ni cerner les obstacles à l'utilisation des autres services de soins primaires. L'étude révèle que la plupart des patients essaient de contacter un professionnel de la santé ou un non professionnel avant de se rendre à l'urgence, mais que c'est leur inquiétude et leur sentiment d'urgence qui les poussent à utiliser les services des urgences. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que la majorité des patients fréquentant les services des urgences ne sont pas des utilisateurs réguliers de ces services pour ce qui est des soins primaires.

(AB301-7) Intégration des services de l'infirmière praticienne au centre-ville : une proposition visant l'évaluation des services améliorés au Centre de santé communautaire à CUPS

Ce projet est une évaluation de l'intégration d'un poste d'infirmière praticienne dans un centre de santé du centre-ville de Calgary desservant une population défavorisée sur le plan socio-économique. La clinique fort occupée, qui favorise la pratique en collaboration et qui fait appel à une équipe interdisciplinaire composée d'infirmières, de médecins, de dentistes, de chiropraticiens et d'un technicien orthésiste, reçoit environ treize mille visites de clients par an. Le but de ce projet était de savoir si les compétences et les connaissances d'une infirmière praticienne qui suit une formation la préparant à œuvrer en région rurale éloignée pouvaient être transférées à un milieu urbain déshérité. Les résultats révélaient que ce poste d'infirmière améliorait nettement l'accès aux soins. Le nombre de patients habituellement refusés a diminué de 40 pour cent et de nouveaux liens ont été établis avec d'autres milieux de santé. De plus, comme l'infirmière praticienne était à même d'aider les clients dont l'état n'exigeait pas de consultations auprès des médecins, ces derniers ont pu consacrer plus de temps aux patients qui eux, avaient besoin de leurs services.

(AB301-8) Une évaluation du Centre régional de santé communautaire d'Airdrie (ARHC)

Cette évaluation portait sur la première année de fonctionnement de l'ARHC et s'intéressait à l'application des principes des soins primaires. Les services du centre englobent la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, des services de counselling et de prévention des maladies, des soins à domicile et des services d'évaluation et de traitement en orthophonie ainsi que des évaluations audiologiques. Les chercheurs ont découvert que l'ARHC ne répondait pas aux attentes du public relativement à un centre de santé. En effet, celui-ci voulait un service de clinique sans rendez-vous fonctionnant 24 heures sur 24 et offrant les services d'infirmières praticiennes pour les urgences mineures. Cependant, le financement public insuffisant et la régie régionale de la santé n'appuyaient pas une telle vision. En outre, la structure organisationnelle, notamment les budgets et les démarcations différentes pour les zones desservies par les programmes, a entravé la dispensation de services intégrés. L'ARHC connaissait d'autres obstacles : chamboulements organisationnels, obstacles liés au financement, débats sans fin sur la nature des soins primaires.

(AB301-9) Amélioration et évaluation du programme COPE (Programme d'approche communautaire en pédiatrie/psychiatrie et éducation) : une initiative de soins primaires à l'école

Ce projet cherchait des manières d'améliorer et d'évaluer un programme de santé mentale scolaire qui identifie et diagnostique les enfants ayant des troubles mentaux. Le projet examinait les relations entre le personnel médical et le personnel scolaire et dans quelle mesure les parents connaissaient les troubles mentaux de leurs enfants. Le but à long terme de ce projet était de réduire les problèmes sanitaires et sociaux associés à la détection tardive des troubles mentaux. Ce projet a permis de diagnostiquer de façon plus précise, précoce et complète les difficultés émotives et comportementales et les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Par contre, la structure de financement reposant sur la rémunération à l'acte décourage effectivement les médecins d'exercer en milieu scolaire.

(AB301-10) Évaluation des soins de santé mentale partagés en pratique de soins primaires

Ce projet visait à établir de meilleurs liens entre les médecins de famille et les spécialistes en santé mentale (psychiatres, psychologues et infirmières) en leur permettant de prodiguer leurs soins de santé mentale dans les cabinets de médecins de famille. Les soins de santé mentale ont été partagés par trois psychiatres, vingt-quatre médecins de famille, trois infirmières en santé mentale et un psychologue. L'étude a révélé que les médecins de famille participants faisaient preuve d'une efficacité et d'une confiance accrues lorsqu'ils abordaient les troubles mentaux et qu'ils pouvaient mieux reconnaître, diagnostiquer et traiter les patients atteints de tels troubles. Ils consacraient davantage de temps à leurs consultations aux patients et semblaient prescrire plus adéquatement les médicaments psychotropes. Les patients étaient satisfaits de cette formule et déclaraient apprécier la commodité et l'accessibilité des soins de santé mental offerts en cabinet de médecin de famille ainsi que l'absence de honte qu'il en découlait.

(AB301-11) Renforcement des équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires dans la prévention des maladies et la gestion thérapeutique coordonnée

Ce projet visait à unir les efforts de professionnels de santé communautaire afin de mieux prévenir et traiter deux problèmes de santé chronique : le diabète et l'ostéo-arthrite. Ce projet s'est déroulé en deux phases. Dans le cadre de la phase 1, des plans de traitement pour ces maladies ont été élaborés à partir des guides de pratique clinique fondée sur des résultats probants par des groupes multidisciplinaires reliés par Internet. Durant la phase 2, ces plans de traitement ont été mis en œuvre dans six centres de soins de santé primaires. Les résultats de cette étude révèlent que les outils d'information en ligne ont été d'une grande utilité pour exposer les racines des désaccords entre les membres de l'équipe. Pour ce qui est de la concertation et de la révision des plans de traitement, ces derniers préféraient des sessions face-à-face. Quoique les activités en ligne complètent les activités réalisées dans le cadre d'ateliers, elles ne pouvaient pas s'y substituer, et cette initiative de collaboration s'est heurtée à des contraintes temporelles et géographiques.

(AB301-12) Évaluation du projet « Okotoks en santé »

Le projet évaluait un programme communautaire existant intitulé Healthy Okotoks Coalition (HOC) – qui encourage la participation des citoyens et rehausse la capacité des dirigeants autochtones à aborder les enjeux de santé. Les chercheurs ont élaboré un ensemble d'instruments de mesure des résultats et des processus, ont tenté de dégager les obstacles, d'appliquer les conclusions de leur recherche à l'amélioration des processus et à la création d'un plan directeur pour l'évaluation des futurs projets « Communautés en santé ». L'étude révèle que le HOC a entraîné vingt-quatre changements de nature communautaire qui étaient autant d'améliorations du bien-être, y compris la création d'un jardin communautaire, d'un planchodrome, d'une sensibilisation accrue au syndrome de l'alcoolisme fœtal et la mise en place d'un couvre-feu pour les adolescents. Cependant, les membres de la collectivité estimaient que le projet HOC ne s'était pas suffisamment impliqué au niveau local et qu'il ne représentait pas adéquatement les besoins de tous, notamment ceux des groupes marginaux.

(AB301-14) Familles en santé – Soins de santé primaires aux familles à risque élevé

Ce projet de la Capital Health Region englobe l'évaluation des visites à domicile faites auprès de familles ayant eu leur premier enfant. Il a collaboré avec de nombreux organismes communautaires, y compris des centres de santé publics, des guérisseurs traditionnels et les services à l'enfance et à la famille en vue de cibler les familles ayant un enfant dont l'état de santé risque de pâtir de la pauvreté ou de facteurs sociaux. Le projet avait pour but d'améliorer les compétences parentales en développant les connaissances des parents et leur utilisation des services de soutien communautaire et en les aidant à améliorer leur développement personnel. Il visait également à améliorer la santé et le développement de l'enfant. Les familles participantes se sont déclarées très satisfaites des services offerts qui étaient aussi appréciés par le personnel et les autres intervenants. Les parents ont accru leurs connaissances relatives au développement de l'enfant et la plupart d'entre eux indiquaient avoir améliorer leurs rapports avec leurs enfants grâce au projet. L'étude a constaté la réduction du nombre de visites d'enfants aux salles d'urgence.

(AB301-15) Centre d'éducation Misericordia sur l'amélioration des habitudes de vie liées à la santé

Ce projet tentait de trouver une meilleure manière de fournir de l'information sanitaire aux patients atteints de cholestérolémie élevée par rapport à ce qui se passe dans le système traditionnel de rémunération à l'acte qui n'encourage pas les médecins de famille à donner à leurs patients des conseils sur les habitudes de vie saines. Le projet a mis sur pied un centre d'éducation sur le cholestérol où les patients apprenaient comment réduire les risques. Les membres de l'équipe du centre ont effectué des évaluations avant et après le programme. Celles-ci portaient sur les connaissances et les habitudes alimentaires, la condition physique et les niveaux de cholestérol. De plus, des entrevues ont été menées auprès des médecins et des clients. Les chercheurs ont découvert que les sujets du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle avaient tous fait baisser leur taux de cholestérol et augmenté la fréquence de leurs activités physiques. Le soutien des proches et des amis s'est révélé être un facteur de motivation important. Les médecins de famille qui aiguillaient des patients vers ce programme ont reconnu l'importance de ce dernier même s'ils n'en

avaient pas pour autant changé leur pratique et qu'à l'avenir, ils référeraient des patients à un tel programme s'il était offert.

(AB301-16) Évaluation du Centre de santé communautaire d'Edmonton Nord-Est (NECHC)

Il s'agit d'une évaluation du Centre de santé communautaire d'Edmonton Nord-Est (NECHC) qui applique les principes des soins primaires. Ce centre offre, entre autres les services suivants : santé de la famille, de l'enfant et des adolescents, santé mentale, santé des femmes, santé des personnes âgées; services de laboratoire et de visualisation diagnostique, audiologie, centre de soins aux asthmatiques et services d'urgence. Le projet avançait le principe d'une équipe de professionnels de santé améliorée en vue d'intégrer les services et de mieux servir la clientèle. Durant 14 mois, une évaluation interne a permis de recueillir, d'analyser et d'interpréter les données relatives aux schémas d'utilisation, aux besoins des clients et aux services, aux aiguillages, aux nouveaux enjeux et aux tendances dans le secteur Nord-Est. Les chercheurs ont conclu que les buts du centre sont fondamentalement différents de ceux des hôpitaux conventionnels et que les normes de détermination du succès doivent refléter la priorité qu'il accorde au long terme.

(AB301-18) La santé pour tous (établissements métis et régie régionale de santé de Lakeland)

Ce projet visait à améliorer la santé générale des résidants de quatre collectivités métisses du Centre-Est de l'Alberta en y installant une infirmière en poste éloigné dont le rôle consiste à fournir des programmes et des services sur place, mis à part les cas d'urgence. Il a été mis en œuvre dans le contexte d'une méfiance et d'un manque de dialogue de longue date entre les membres de la communauté métisse et les représentants de la régie régionale de santé. Un défi de taille était de combler les différences culturelles. Le projet a réussi à instaurer un climat de confiance entre les collectivités et la régie régionale. Il a aussi démontré l'importance de l'infirmière en poste éloigné à la fois comme lien avec d'autres services et comme fournisseur direct de soins. Quoique certains membres de la communauté aient signalé que l'infirmière les avait aidés à améliorer leur santé, les autorités sanitaires n'ont décelé aucune évolution des connaissances de la population métisse à la suite des efforts de promotion de la santé.

(AB301-19) Évaluation de l'utilité de la télésanté dans la prestation des soins de santé primaires améliorés dans les collectivités nordiques géographiques isolées de Trout Lake, Peerless Lake et de Red Earth Creek

Les chercheurs évaluaient l'efficacité d'un service de télésanté en matière de prestation des soins primaires dans trois collectivités géographiquement éloignées. On estime que les services de télésanté sont utiles parce qu'ils peuvent rehausser la continuité, la quantité, la disponibilité et l'accessibilité des soins dans les collectivités isolées. Cependant, le personnel et les participants n'avaient pas reçu une formation suffisante au niveau du fonctionnement de tels services et on a constaté qu'il n'y avait pas eu assez d'interactions de télésanté pour pouvoir conclure si cette technologie permettait de fournir des soins de qualité, si elle était rentable ou si elle accroissait l'accès aux soins. La trop petite quantité de données statistiques et de perceptions des clients dont disposaient les auteurs les a empêchés de répondre à la question de départ, à savoir si la télésanté est utile ou non. Les responsables du projet ont toutefois conclu que « dans les bonnes conditions et avec une orientation appropriée », la télésanté pourrait s'avérer avantageuse pour les collectivités visées par l'étude.

(AB301-20) Quelles sont les caractéristiques des clients et les obstacles perçus qui les empêchent de respecter le calendrier d'immunisation, et quel impact aura une stratégie de refus d'immunisation sur le respect ultérieur du calendrier à six mois, douze mois et dix-huit mois?

Ce projet cherchait à augmenter les taux de vaccination dans la régie régionale de la santé de Keeweetinok Lakes, une région couvrant un vaste territoire et d'une grande diversité culturelle, 50 % de ses 25 000 habitants étant d'ascendance autochtone. On espérait améliorer les taux de vaccination en invitant les personnes qui ne voulaient pas actualiser les vaccinations de leur enfant à signer un formulaire de refus ou à prendre rendez-vous pour la prochaine vaccination. Les chercheurs ont suivi le respect du calendrier relativement aux rappels de douze et dix-huit mois et de la visite préscolaire. Les chercheurs ont découvert qu'en ce qui a trait aux parents, leur

manque de connaissances au sujet des vaccins constitue peut-être le principal obstacle à la vaccination. Le manque d'accès à une clinique représentait un autre facteur de taille. Parmi les autres obstacles, on notait le manque de services de garde d'enfants et les problèmes de transport. Le projet a permis d'accroître les taux de vaccination de la région d'environ 20 pour cent. Le formulaire de refus ne constituait pas une stratégie efficace pour résoudre le problème de la sous-immunisation.

(AB301-21) Projet Famille en santé

Ce programme de visites à domicile basé sur le modèle américain « Healthy Families America », fournissait des services à long terme aux familles ayant eu leur premier enfant. Les familles participantes faisaient face à des problèmes de pauvreté, d'isolement, de jeunesse (il y avait beaucoup de filles mères), de toxicomanie et d'alcoolisme ou de violence. Le but de ce projet était de promouvoir une interaction parent-enfant positive; d'assurer le développement sain de l'enfant; de soutenir la capacité fonctionnelle des parents; de sensibiliser davantage ces derniers à l'existence des services communautaires. Les familles participantes étaient associées à une « visiteuse familiale » qui faisait des visites hebdomadaires et dispensait un enseignement aux parents, les aidait à développer leurs compétences et les orientait vers les ressources communautaires. Les familles jugeaient que le programme était excellent ou bon, et la plupart d'entre elles se sont mises à employer de façon régulière des compétences parentales positives. Dans l'ensemble, les clients pensaient que le programme les avait aidés à augmenter leur confiance relativement à l'établissement de contacts communautaires.

(AB301-22) Projet de soins de santé primaires pour le secteur d'Elnora

Ce projet vise à élaborer, mettre en place et évaluer un modèle de soins de santé primaires pour des régions rurales, qui incorporerait des principes de développement communautaire. On espérait fournir aux résidants du secteur d'Elnora des services de santé abordables, accessibles, efficaces et acceptables, en introduisant un poste d'infirmière praticienne (IP) au centre de santé rural. L'IP dispensait des services élargis : prescription de médicaments, sutures, examens physiques, commande et interprétation de tests de laboratoire. L'IP entretenait également un stock de produits d'urgence de base ainsi que le matériel et les médicaments connexes. En général, ce projet s'intéressait aux « services de soins de santé » plutôt qu'aux facteurs contribuant à la santé. Toutefois, les services fournis par l'IP ont été utilisés et acceptés, et les clients n'avaient de mal à différencier entre une maladie ou une blessure qui exigeait l'attention du médecin et celle qui pouvait être soignée par l'IP. En outre, les clients avaient une confiance accrue dans la gestion des interventions d'urgence.

(AB301-23) Système de soins de santé primaires à distance (rural)

Ce projet pilote a fourni aux résidants de trois collectivités éloignées visées par l'étude une équipe mobile de professionnels de la santé qui s'y rendait sur une base hebdomadaire ou bihebdomadaire. L'équipe principale se composait d'un médecin, d'une infirmière, d'un pharmacien, d'un technicien de laboratoire, d'un thérapeute respiratoire et d'un orthophoniste. Une seconde équipe fournissait des soins de santé du sein, des services nutritionnels, un programme d'éducation sur le diabète, une approche communautaire, des ressources en justice pour les jeunes. Le but du projet était d'améliorer l'accès aux soins primaires; de rehausser la perception des services de santé au niveau de la collectivité; de créer des liens avec les organismes appropriés. Des relations fortes et harmonieuses ont vu le jour parmi les membres des équipes mobiles, et aussi entre le personnel et les membres de la collectivité. Les résidants rapportaient leur grande satisfaction vis-à-vis des services prodigués et ne confondaient pas les services mobiles avec les autres services de santé. En outre, on a constaté une nette amélioration en matière de consommation des médicaments d'ordonnance et de vaccination antigrippale.

(AB301-24) Soins primaires et Brooks (Projet de soins à Brooks)

Bénéficiaire : Palliser Health Authority

Contribution : 103 861 $

Les chercheurs tentaient de déterminer les besoins de santé primaire de la population de Brooks une ville de l'Alberta qui a connu un afflux de nouveaux venus originaires de pays aussi divers que l'Iraq, la Somalie, la Bosnie et le Cambodge. Le projet avait prévu d'utiliser une approche de recherche-action pour cerner leurs besoins mais celle-ci était plus théorique que pratique; on a mis fin au projet car il ne rejoignait pas le public visé.

(AB301-25) Une évaluation de programme des Centres du diabète de la région sanitaire de la capitale

Le projet cherchait à examiner la gamme des services offerts par les centres d'éducation sur le diabète; la population desservie par chacun d'eux; le degré de satisfaction des clients; si les centres transmettent avec succès l'information relative au diabète; quels sont les obstacles, tels que perçus par la clientèle, qui limitent l'accès aux services de consultation externe pour les diabétiques. Les membres de l'équipe ont élaboré un modèle d'évaluation en vue de mesurer les résultats de la participation de la clientèle selon la perspective des clients, de leurs proches et de leurs médecins. L'étude a constaté que les clients étaient satisfaits des services et que le programme d'éducation se traduisait par une amélioration de leur état de santé et une augmentation de leurs connaissances. On ne notait aucune évolution des connaissances chez les clients qui prenaient de l'insuline. La proportion de patients qui indiquaient que leur glycémie ne se stabilisait pas a chuté, après le programme, de 64 à 22 pour cent.

(AB301-26) Services de santé primaire dans quatre collectivités rurales

Ce projet visait à établir des services de santé primaire intégrés dans quatre collectivités rurales de la East Central Regional Health Authority de l'Alberta. Il portait avant tout sur l'établissement de partenariats avec ces collectivités en vue de bâtir un système de soins de santé primaire intégré et durable qui pourrait éventuellement être appliqué à l'échelle de la région. Chaque collectivité a lancé de nouvelles activités dans le cadre du projet, allant de l'établissement d'inventaires des services à la collecte de données en passant par des activités planifiées tel qu'une tribune communautaire sur l'intimidation dans une école locale. À mesure que le projet avançait, les participants estimaient que la région écoutait les intervenants et souhaitaient que chaque collectivité aborde l'initiative à sa façon. Lors de la deuxième phase, les répondants se souciaient moins des rivalités de clocher, et tous jugeaient que le projet avait permis d'établir des partenariats réussis.

(AB301-27) Collectifs de soins de santé primaire : amélioration des habitudes de consommation de médicaments dans la collectivité (pharmacie)

Ce projet visait à améliorer l'utilisation et la gestion des médicaments aussi bien chez les patients que chez les prestateurs de soins. Il espérait atteindre ses objectifs en mettant sur pied des équipes communautaires appelées « collectifs », qui se composaient d'un médecin, d'un pharmacien et d'une infirmière de soins à domicile. Le projet a sélectionné des patients à risque qui prenaient, en moyenne, cinq médicaments différents. Les patients dont l'âge moyen était de 66 ans avaient une mauvaise perception de leur état de santé. Le projet a obtenu des résultats discutables. Les patients ont pu accéder à des services de soins à domicile auxquels ils n'avaient pas accès auparavant. Ils ont amélioré de manière significative l'observance des ordonnances. Les données suggèrent une tendance à la baisse des visites chez le médecin et à l'hôpital, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif. En revanche, l'état de santé des patients ne s'est pas amélioré de façon significative.

(BC301) Projets pilotes de réforme des soins primaires

Bénéficiaire : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution : 9 471 197 $

Ce projet triennal avait pour but l'établissement d'un modèle de soins primaires en C.-B. Les sept sites participant au projet ont tenté d'assurer un accès aux soins médicaux 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, un accès à la gamme complète des soins notamment la prévention de la maladie, des équipes médicales multidisciplinaires améliorées et l'amélioration de la satisfaction au travail des professionnels de la santé. Les changements comprenaient un modèle de financement des médecins par capitation ou en fonction de la population desservie, la mise en place de mécanismes d'assurance de la qualité, le prolongement des heures de service, l'amélioration des systèmes informatiques et l'intégration des services médicaux aux services communautaires. Le projet offre des leçons sur les meilleures manières de mettre en œuvre la réforme des soins primaires qui s'avère souvent difficile.

(BC404) Projet de démonstration en matière d'accouchement à domicile

Bénéficiaire : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution : 167 400 $

Ce projet a mis en place la première étude systématique des accouchements à domicile planifiés dans un milieu réglementé au Canada. Lorsque la Colombie-Britannique a commencé à régir la profession de sage-femme en janvier 1998, les sages-femmes et leurs clientes devaient participer à ce projet qui a duré jusqu'en octobre 2000. Un comité consultatif rassemblant de multiples intervenants a élaboré les protocoles guidant l'exercice des sages-femmes et un système de collecte des données avant de se tourner vers les enjeux nouveaux et de présenter des recommandations. L'équipe d'évaluation indépendante ayant repéré des situations négatives, elle a transmis les cas en question à un groupe d'experts cliniques qui a dégagé les problèmes de pratique et d'intégration. L'étude a évalué les données relatives à 862 accouchements à domicile planifiés et les a comparées à celles d'accouchements à faible risque en milieu hospitalier supervisés par un médecin et à celles de 571 d'accouchements en milieu hospitalier planifiés et supervisés par une sage-femme. Les chercheurs ont constaté que les sages-femmes sont à même de faire un dépistage adéquat des clientes, qu'elles font preuve de prudence quant aux accouchements à domicile et qu'elles coopèrent bien avec les autres travailleurs de la santé. Les accouchements à domicile planifiés se comparaient favorablement – ou étaient parfois supérieurs – aux accouchements en milieu hospitalier en ce qui concerne les taux d'hémorragie de la délivrance, les infections et les taux d'inductions, d'épisiotomies et d'autres interventions. Par contre, une partie des cas de choc obstétrical et trois morts périnatales sur quatre concernaient des accouchements à domicile. Les auteurs préviennent que la taille de l'échantillon n'était pas suffisante pour garantir la validité statistique des comparaisons en matière de risques.

(PE321) Amélioration d'un modèle intégré d'évaluation et de soins prénatals dans l'Île-du-Prince-Édouard

Bénéficiaire : Prince Edward Island Department of Health and Social Services

Contribution : 100 000 $

Le but de ce projet de l'Î.-P.-É. était de promouvoir les interventions en cours de grossesse afin de limiter les risques pour les nouveau-nés, les mères et les proches. Les chercheurs ont utilisé un modèle existant d'évaluation psychosociale prénatale et ont organisé, à l'intention de 73 médecins, des séances de formation sur la conduite des évaluations améliorées. On a aiguillé les clientes vers les services communautaires appropriés qui acceptaient de tenir les médecins informés des résultats pour leurs clientes. Les interventions incluaient entre autres des consultations sur l'allaitement maternel, la santé mentale, la nutrition, la gestion du stress et le renoncement au tabac. À la fin d'une période de trois mois, les médecins participants indiquaient qu'ils étaient satisfaits des séances de formation. Quoiqu'il y ait eu peu de changement dans le nombre d'aiguillages et dans la facilité d'accès aux clientes, les médecins ont été sensibilisés aux services disponibles, et la communication médecin-patiente s'en est améliorée.

(NS301) Renforcer les soins primaires dans les communautés de la Nouvelle-Écosse

Bénéficiaire : Nova Scotia Department of Health

Contribution : 2 805 678 $

Ce projet a mené l'essai et l'évaluation d'une nouvelle méthode de prestation des services de santé primaires qui tient compte des problèmes d'accès soulevés par la pénurie de médecins de famille dans les régions rurales et éloignées et par le manque général de coordination des services et de collaboration parmi les professionnels de la santé. Il avait pour objectif de mettre en place simultanément un nouveau type de prestateurs de soins primaires (une infirmière praticienne), des systèmes de gestion d'information de pointe et des mécanismes de rechange pour la rémunération des médecins. Le programme pilote se déroule dans quatre collectivités de la Nouvelle-Écosse : Caledonia, Pictou West, Springhill et Halifax. L'établissement du nouveau poste d'infirmière praticienne a exigé l'élaboration et la ratification d'ententes de pratique en collaboration entre les

médecins et les infirmières praticiennes, des amendements à la Pharmacy Act et l'examen des problèmes d'orientation, de formation, de fonctionnement et de formation permanente. Durant la phase de démarrage, le volet système d'information a conçu et mis en œuvre avec succès un dossier clinique informatisé intégré et un système de gestion de la pratique, a installé du matériel informatique et des logiciels et s'est attaqué à la question de la facturation pro forma des infirmières praticiennes. Pour ce qui est du mode optionnel de financement, puisqu'aucun des sites n'a retenu l'option de financement global ou représentatif, on présentait les contrats de rémunération des médecins (trois d'entre eux dataient d'avant le projet). Le projet va se poursuivre jusqu'en décembre 2002 grâce au soutien du ministère de la Santé provincial, et le rapport d'évaluation final sera publié en 2003.

(NS421) Amélioration du soin chez les personnes atteintes de maladies mentales dans la communauté : modèle d'intégration de soins primaires en santé mentale

Bénéficiaire : The Nova Scotia Hospital

Contribution : 397 200 $

Ce projet a mis à l'essai un modèle de partage des soins pour la prestation des soins de santé mentale afin d'améliorer la détection, les interventions précoces, l'accès aux services appropriés et les résultats. Le modèle de partage des soins a déployé des travailleurs en santé mentale et des psychiatres dans les milieux de soins primaires de quatre sites de la Nouvelle-Écosse : un centre de santé communautaire en plein centre-ville, deux centres de médecine familiale, l'un en zone urbaine et l'autre en zone rurale et un site de comparaison. Chaque site d'intervention était doté de trois médecins de famille ETP salariés, d'une réceptionniste, d'un psychiatre et d'un travailleur en santé mentale. Le site de comparaison, lui, avait des médecins rémunérés à l'acte. Au total, 241 patients ont donné leur autorisation écrite de participation à la recherche. L'évaluation a permis de constater que les patients des sites visés par l'intervention jouissaient d'un accès amélioré aux services de santé mentale pertinents : réduction des délais d'attente, diminution des visites à l'urgence, accroissement des aiguillages pour des consultations en santé mentale dans leur propre site, taux élevés de satisfaction des patients. Les résultats pour les patients se sont améliorés sur le plan de la santé mentale, et on remarquait une collaboration et une communication accrues entre les divers dispensateurs de soins.

(ON221) Essai sur une base aléatoire visant à évaluer le rôle élargi des pharmaciens à l'égard des aînés qui bénéficient d'un régime provincial d'assurance-médicaments en Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)

Bénéficiaire : McMaster University, Hamilton

Contribution : 677 860 $

Cette étude évaluait un programme de cinq mois créant des partenariats entre des médecins de famille et des pharmaciens formés à la dispensation de soins cognitifs et cliniques axés sur le patient (pharmaciens à rôle élargi) afin d'optimiser la thérapie médicamenteuse chez les personnes âgées. Le projet faisait appel à un devis d'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé en grappes représentant 889 patients âgés utilisant chacun cinq médicaments ou plus, dans 48 cabinets de médecine familiale de régions urbaines et rurales de l'Ontario. Le projet SMART associait pharmaciens et médecins de famille dans le groupe d'intervention, donnait accès aux dossiers médicaux et aux entrevues réalisées auprès des patients, facilitait les recommandations sur les problèmes liés aux médicaments et déterminait, au cours des cinq mois suivants, lesquelles de ces recommandations seraient mises en œuvre. Le rapport constate que l'expérience s'est soldée par une réussite, qu'elle était efficace et reproductible : des problèmes liés aux médicaments ont été dégagés chez 88 pour cent des patients du groupe d'intervention; les médecins ont accepté de mettre en œuvre 84,2 pour cent des recommandations reçues; après cinq mois, 56,5 pour cent de ces changements avaient fait l'objet d'une mise en œuvre réussie. L'étude n'a observé aucune différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle en ce qui concerne le nombre moyen de médicaments quotidiens ou d'unités de médicaments, la proportion respective d'utilisation des médicaments à bon et à mauvais escient, la proportion de patients signalant un problème lié aux médicaments ou un problème de qualité de vie. Les médecins et les pharmaciens déclaraient qu'ils recommanderaient cette méthode de collaboration à leurs collègues.

(ON222) Partenaires pour une thérapie communautaire anti-infectieuse pertinente et création d'une infrastructure pour la diffusion de guides de pratique clinique

Bénéficiaire : University of Toronto

Contribution : 150 000 $

Cette étude examinait la faisabilité d'étendre la stratégie éducative Partenaires pour une thérapie communautaire anti-infectieuse pertinente (PAACT), à l'ensemble de la province afin de lutter contre l'antibiorésistance, car elle s'était révélée efficace dans un projet pilote de 1996. Le projet avait les six objectifs suivants : établir un réseau provincial de diffusion de guides de pratique et de matériel pédagogique fondés sur des résultats probants; habiliter les médecins de famille à jouer un rôle de premier plan dans l'amélioration de l'utilisation des antibiotiques; contribuer à la réduction de la résistance bactérienne à l'échelle régionale et nationale; promouvoir l'utilisation adéquate des anti-infectieux; améliorer, chez les patients, la compréhension et l'utilisation des anti-infectieux; créer, pour les médecins, les patients et les pharmaciens, un mécanisme de communication amélioré sur les problèmes liés aux médicaments. Le projet a mis sur pied un réseau provincial de facilitateurs formés et leur a fourni de la documentation ainsi qu'un soutien en matière de programmation et d'évaluation afin qu'ils puissent former à leur tour les dispensateurs de soins primaires dans leurs collectivités. Le projet n'était pas conçu pour mesurer les changements relatifs à la prescription et à l'utilisation des antibiotiques. Le rapport tire les leçons de l'expérience et suggère que cette méthode de diffusion de l'information sur une vaste zone géographique pourrait être étendue à d'autres guides de meilleure pratique pour les soins primaires.

(ON301) Mise en œuvre et évaluation de la réforme des soins primaires

Bénéficiaire : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Contribution : 18 247 528 $

Ce projet mettait à l'essai la réforme des soins primaires dans sept sites pilotes de la province, l'une des premières étapes de l'initiative conjointe du gouvernement de l'Ontario et de l'Ontario Medical Association visant à mettre en œuvre une réforme importante des soins primaires à l'échelle de la province. Le but de la réforme est de délaisser les soins axés sur le médecin individuel au profit de réseaux de médecins (réseaux de soins primaires) qui recrutent des patients aux fins de la prestation et de la coordination des services de santé primaire. Ce rapport d'évaluation est préliminaire en ce qu'il détaille ce qui s'est passé jusqu'au printemps 2001, lorsque 11 réseaux avaient recruté 218 398 patients et que le ratio médecin-patients variait de 1 :430 à 1 :2245. Les principaux aspects des réseaux de soins primaires comprennent le financement des services en fonction de la population desservie (par le biais d'un mécanisme soit de « rémunération à l'acte reformée » soit de « capitation globale »); le recrutement de patients; un système de triage téléphonique après les heures normales d'ouverture; des encouragements aux interventions préventives, l'utilisation de la technologie de l'information pour une meilleure coordination des services. Selon ce rapport provisoire, les médecins jugeaient qu'il était encore trop tôt pour remarquer de grands changements au niveau de leur pratique, quoique la plupart semblent satisfaits des étapes de la réforme des soins primaires. La faible durée de la période d'évaluation jusqu'à présent limite la portée des conclusions que l'on pourrait tirer en matière de rentabilité. L'objectif du gouvernement est que 80 pour cent des médecins de famille se joignent volontairement au « Réseau santé familiale de l'Ontario » d'ici 2004 et il prévoit un investissement de 250 millions pour le mettre en place. Le FASS a contribué 18 millions à ces projets pilotes; il s'agit du rapport final correspondant à la première phase de l'évaluation.

(ON321) Troubles mentaux dans le contexte de soins primaires

Bénéficiaire : Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto

Contribution : 195 294 $

Cette étude cherchait à savoir si un classeur et un atelier de formation en santé mentale pouvaient améliorer les compétences et la confiance des médecins de premiers recours en matière de détection, de diagnostic, de gestion et de traitement des troubles communs de santé mentale. Le matériel de formation a été élaboré par la Division de la Santé mentale et par le Programme de lutte contre les toxicomanies de l'Organisation mondiale de la santé,

et selon les constatations de l'étude, les groupes de réflexion en préféraient le contenu à celui de la documentation publiée par les compagnies pharmaceutiques. Au total, 2548 médecins œuvrant dans trois milieux ont été sélectionnés pour l'envoi du matériel : classeurs, questionnaires pré-test, invitation à suivre l'atelier doté de crédits d'EMC. L'étude a évalué deux groupes de médecins : ceux qui ont retourné le questionnaire pré-test et ont assisté à l'atelier, et ceux qui ont reçu la documentation et ont complété les questionnaires sans participer à l'atelier. Les médecins des deux groupes ont rapporté une amélioration de leur confiance et de leurs compétences relatives à la détection et au traitement de la dépression et de l'angoisse, mais on n'observait aucune différence entre ceux qui avaient seulement lu le matériel du classeur et ceux qui avaient participé à l'atelier. Par contre, pour ce qui est de la lutte aux toxicomanies, les médecins qui avaient assisté à l'atelier déclaraient y avoir gagné une confiance accrue, ce que ne faisaient pas ceux qui n'avaient fait que lire la documentation.

(ON428) Stratégie coordonnée en matière d'accidents cérébrovasculaires

Bénéficiaire : Fondation de l'Ontario des maladies du cœur

Contribution : 750 000 $

Cette étude évaluait un projet de démonstration dans le cadre de la Stratégie coordonnée de prévention des ACV, qui intègre les soins aux personnes atteintes d'accidents cérébrovasculaires (ACV) tout au long du continuum de soins, depuis la promotion de la santé et de la gestion des facteurs de risque jusqu'à la réadaptation et la réinsertion sociale en passant par les soins préhospitaliers et les soins de longue durée. L'étude examinait les efforts fournis en vue d'améliorer les stratégies de prévention secondaire dans le cadre de deux programmes pilotes et mettait à l'essai l'efficacité de certaines stratégies de marketing pour les messages concernant les signes avant-coureurs des ACV. Chaque région de démonstration a établi des réseaux et mobilisé les intervenants à sa propre façon; les variations et les avantages ou problèmes correspondants sont détaillés dans l'étude. Le projet a également ajouté des connaissances sur les processus et les protocoles utilisés dans les cliniques de prévention des ACV obtenant de bons résultats.

(QC301) L'implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme sur le territoire de desserte de l'hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Jérome

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

Contribution : 37 000 $

Ce projet pilote a établi une démarche intégrée pour le contrôle de l'asthme. Il offrait une formation aux praticiens en vue d'accroître leurs connaissances sur l'asthme, de créer des liens entre les praticiens et de promouvoir l'orientation des patients vers le Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA). Celui-ci avait pour but d'améliorer l'autogestion de l'asthme chez les patients. En général, les patients et les praticiens étaient satisfaits des activités liées au projet. Toutefois, ses aspects relatifs à l'intégration étaient moins réussis. L'étude a constaté que bien que l'on trouve la population visée aux services d'urgence, ces derniers ne constituent pas le meilleur endroit pour motiver les patients à développer leurs connaissances en matière d'autosoins.

(QC302) Projet de réorganisation des soins primaires en santé cardiovasculaire de la région de Québec

Bénéficiaire : Centre hospitalier universitaire de Québec, Direction de la santé publique

Contribution : 801 094 $

Ce projet pilote avait pour but de réorganiser les services aux patients atteints de maladies cardiovasculaires ou à risque de l'être. Le projet concernait le territoire de quatre CLSC appartenant à la région sanitaire de Québec et englobait les services allant de la prévention à la réadaptation. Le projet a réussi à établir, dans chaque territoire desservi par un des CLSC, un réseau de praticiens provenant des secteurs public, privé et communautaire. Par contre, il n'a pas réussi à se gagner la collaboration des médecins d'exercice privé en ce qui concerne l'accroissement des consultations de prévention ou l'aiguillage des patients vers les services pertinents. L'évaluation du projet montre que les patients qui y ont participé ont amélioré, dans les trois mois, à la fois leurs activités physiques et leur régime alimentaire et qu'il était moins probable qu'ils visitent un médecin ou qu'ils soient hospitalisés durant cette période. Le leadership de la région était perçu comme étant crucial. L'établissement de normes pour les programmes

communautaires s'est avéré problématique pour les coordonnateurs du projet mais il s'agit d'une garantie essentielle de la qualité des services. Les leçons retenues concernent principalement les défis liés à la mise en œuvre.

(QC303) L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimalisation des pratiques médicales

Bénéficiaire : Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Contribution : 350 600 $

Ce projet de démonstration avait pour but d'élaborer des lignes directrices pour la pratique. Il s'appuyait sur une démarche qui incorporait les meilleurs résultats probants et impliquait, dès le départ, des scientifiques, décideurs et cliniciens de niveau régional et provincial. Les lignes directrices visaient à optimaliser la pratique médicale en fournissant aux praticiens une information scientifique pertinente et récente. On a retenu les quatre problématiques de soins suivantes : dépistage du cancer de la prostate, traitement pharmacologique de l'angine stable, prescription d'examens d'imagerie médicale, utilisation de l'arthroscopie du genou. Ainsi, le projet a mis au point les lignes directrices régissant l'utilisation d'un test de dépistage pour le cancer de la prostate dont la mise en œuvre et la diffusion semblent avoir réduit, au Québec, l'utilisation ultérieure de l'examen de laboratoire. Cependant, les progrès limités atteints dans d'autres domaines n'ont pas permis de déterminer si de telles lignes directrices pouvaient changer la pratique médicale ou la meilleure manière d'élaborer et de mettre en œuvre des lignes directrices. Les auteurs exposent les leçons retenues dans le cadre du projet relativement aux conditions préalables au succès : planification claire, disponibilité d'outils d'analyse, leadership des associations professionnelles, accès à des données et à un financement adéquats.

(QC304) L'implantation dans les CLSC du Québec d'un protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale

Bénéficiaire : CLSC St-Hubert

Contribution : 495 800 $

Ce projet pilote a conçu et mis en œuvre un protocole de dépistage de la violence conjugale et un guide connexe qui seront utilisés dans les CLSC du Québec. La mise en œuvre du protocole consistait, en partie, à faire naître de nouvelles attitudes chez les gestionnaires et les professionnels impliqués dans la dispensation des soins primaires et à les former à la reconnaissance de la violence à l'égard de la conjointe. Les évaluations effectuées révélaient un haut taux d'utilisation du protocole, mais il reste à réaliser une étude sur les enjeux juridiques et éthiques associés à son utilisation. Au départ, le projet visait 80 CLSC, mais en fin de compte, les 154 CLSC de la province se sont montrés intéressés par la mise en œuvre du protocole. Les auteurs suggèrent que les associations professionnelles des différentes catégories de travailleurs de la santé devraient participer à cette dernière.

(QC305) Le Réseau Mère-enfant supra-régional

Bénéficiaire : Hôpital Sainte-Justine

Contribution : 2 278 514 $

Ce projet a mis en place un « réseau mère-enfant » parmi les hôpitaux de quatre régions sanitaires du Montréal et de sa région englobant même des zones rurales au nord de la métropole, afin d'alléger la charge des centres urbains en offrant les soins primaires et secondaires dans les hôpitaux situés à proximité de la clientèle. Le projet a fait appel aux technologies de la télémédecine et à la formation à distance à l'intention des praticiens. On a réorganisé la pratique clinique afin que les mères et les enfants puissent recevoir les soins dans les hôpitaux à proximité de leur domicile, et on a élaboré des mécanismes de coordination afin de garantir un continuum de soins tout au long de la démarche de transfert. L'évaluation du projet rapporte certains succès, notamment au niveau de la coordination des opérations. Le volet télémédecine du projet a aussi permis d'améliorer l'accès aux services dans les régions isolées où les médecins ayant les qualifications nécessaires sont rares. Il n'a pas été possible d'estimer les coûts-avantages du fait des pratiques actuelles en matière de collecte des données. Les auteurs signalent qu'un des obstacles les plus épineux étaient que les parents préféraient se rendre au service des urgences de l'hôpital parce qu'ils savaient qu'ils y trouveraient des pédiatres. Ainsi, durant la brève période couverte par l'étude, les schémas d'accès n'ont pas changé de manière significative.

(QC321) Projet d'une expérience novatrice dans la région de Québec : les cliniques de périnatalité

Bénéficiaire : Centre hospitalier universitaire de Québec, Direction de la santé publique de Québec

Contribution : 96 905 $

Cette étude des cliniques de périnatalité de la région de Québec évaluait de nouvelles initiatives visant à fournir un continuum de soins de qualité aux femmes enceintes et à leur famille et d'identifier précocement la clientèle vulnérable afin de l'orienter vers d'autres services. L'évaluation avait pour but de fournir une rétroaction valable aux gestionnaires et aux administrateurs sur la mise en œuvre de cette nouvelle approche. L'étude essayait également d'appuyer les praticiens qui adaptaient leur pratique aux buts déclarés des cliniques. Les résultats des sondages indiquent que la clientèle était généralement satisfaite des services reçus et que les praticiens appuyaient les objectifs de la démarche. Quant au but d'atteindre une forte proportion de familles à risque, il n'a pas été atteint étant donné que cette population fait rarement appel aux services des cliniques. Les chercheurs proposent des catégories conceptuelles pour l'analyse de diverses approches à la prestation des services. En outre, ils soulignent, en s'appuyant sur les résultats obtenus, que les gestionnaires doivent accorder autant d'importance au processus de changement qu'au contenu proprement dit.

(QC323) Implantation d'un programme de formation soutenu par les technologies de l'information à l'intention du personnel infirmier pour la dispensation de services de santé en milieux isolés

Bénéficiaire : Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, Lourdes-de-Blanc-Sablon, Québec

Contribution : 748 213 $

Ce projet pilote a mis au point un programme de formation continue destiné aux infirmières œuvrant en milieux isolés de la Basse-Côte-Nord du Québec. Trois unités de 45 heures chacune ont ainsi été offertes par vidéoconférence. À l'origine, le projet projetait d'enseigner aux infirmières certaines techniques avancées puisque la disponibilité de médecins était fort peu probable dans ces milieux isolés. On a dû abandonner ce but lorsque le Collège des médecins du Québec a insisté pour que les protocoles concernant la performance de ces techniques par des infirmières reçoivent d'abord l'aval des organismes professionnels concernés. On a donc élaboré et enseigné des programmes de remplacement. Les infirmières ont ainsi acquis de nouvelles connaissances; elles exprimaient leur satisfaction générale vis-à-vis des cours, bien que la majorité des participantes rapportent des changements limités dans leur pratique. Elles réclamaient une supervision clinique en plus des vidéoconférences. L'expérience s'est soldée par une amélioration de la collaboration entre médecins et infirmières et des attitudes vis-à-vis de l'éducation à distance.

(QC324) Promotion de la prévention clinique (PPC)

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Contribution : 411 585 $

Ce projet s'est inspiré de méthodes utilisées dans les domaines du marketing et de l'éducation des adultes pour promouvoir des pratiques de prévention démontrées efficaces auprès des médecins de famille de cabinets privés et, indirectement, auprès de leurs patients. Le projet a envoyé des délégués médicaux rendre visite aux médecins, une démarche héritée des sociétés pharmaceutiques. Ces délégués se sont informés des besoins des médecins, leur ont proposé de l'information et de la documentation qui pourraient être utiles à leurs patients, et leur ont suggéré des systèmes de bureautique qui facilitent la pratique préventive. Durant ces rendez-vous, les délégués ont déterminé quels médecins constituaient des guides d'opinion éventuels qui continueraient de promouvoir la pratique préventive auprès de leurs collègues. Le rapport du projet constate que leur leadership jouait un rôle clé dans l'intégration de la prévention dans la pratique, mais aussi qu'il existe des obstacles au niveau des médecins et des patients. Le projet a établi une voie de communication avec un plus grand nombre de médecins que prévu au départ et a tissé des liens entre la santé publique et les cabinets privés.

(QC325) Projet d'éducation des personnes asthmatiques consultant à l'urgence ou étant hospitalisées

Bénéficiaire : Hôpital Laval

Contribution : 750 539 $

Ce projet pilote et d'évaluation qui s'est déroulé dans dix hôpitaux du Québec a lancé un programme préventif conçu pour l'enseignement, à la clientèle asthmatique, de l'autogestion de cette maladie chronique. L'aiguillage vers les centres d'enseignement sur l'asthme (CEA) était fait par les services de l'urgence qui offraient également aux patients de l'information sur l'utilisation adéquate des médicaments. Le projet visait à réduire les visites à l'urgence et il a fait passer le nombre d'aiguillages de presque zéro pour cent à 19 pour cent des clients atteints d'asthme se présentant à l'urgence. Cependant, 8 pour cent seulement des patients ont pris rendez-vous par la suite auprès des CEA. L'étude a démontré que les services d'urgence constituent un bon endroit pour rejoindre les patients mais pas pour leur dispenser une formation. L'équipe de recherche recommande des mécanismes particuliers en vue d'intégrer la fourniture de services éducatifs préventifs dans le milieu des urgences.

(QC431) Projet de capitation dans la Municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Contribution : 3 171 031 $

Ce projet d'envergure était conçu pour intégrer les services de santé primaires dans une municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent, Québec. Il visait à fournir des soins de santé primaires efficaces et optimaux, accessibles à l'ensemble des 25 000 habitants de la région. La responsabilité de la coordination de nature territoriale a été confiée à un groupe de planification dirigés par des médecins. Les changements comprenaient la rémunération des médecins pour les heures qu'ils consacraient aux activités d'organisation et de gestion, l'embauche d'infirmières pour les centres médicaux, la restructuration des services dans l'ensemble de la MRC afin d'en augmenter la complémentarité parmi les différents établissements et organismes. En outre, on a mis au point un système de communication pour la transmission de l'information clinique entre les praticiens et les divers établissements, et sept bases de données ont été condensées en une. Les résultats préliminaires révèlent une amélioration au niveau de la continuité; un faible taux de chevauchement entre les établissements, ce qui permet de soigner davantage de patients sur place; une utilisation décroissante des ressources hospitalières. Les chercheurs jugent que l'information de la banque de données contribuera à la ventilation efficace des ressources, en partie en permettant aux gestionnaires de surveiller l'utilisation des services sur une base individuelle. Pour continuer, le projet est actuellement à la recherche d'un financement stable.

(QC432) La participation des citoyennes et citoyens à l'émergence de solutions alternatives aux besoins de services de soins de santé primaires dans les petites communautés qui adhèrent à « Villes et villages en santé »

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Contribution : 108 831 $

Ce projet décrivait et évaluait une démarche de développement communautaire pour la mise en œuvre des services de soins primaires dans cinq petites municipalités (ayant entre 200 et 3000 habitants) en Abitibi-Témiscamingue. Cette démarche de développement communautaire intitulée *Villes et villages en santé* (VVS) a rassemblé des comités de citoyens bénévoles, des élus et des employés municipaux et des fournisseurs de services de santé, notamment ceux du CLSC. Ces comités ont fixé les priorités et ont proposé des réponses novatrices aux besoins locaux en matière de soins primaires. La principale leçon tirée de l'expérience est que le développement communautaire est un exercice chronophage et que le démarrage d'un comité VVS *et*, simultanément, la réalisation de résultats concrets en matière de soins primaires représentaient un défi de taille. Les auteurs explorent les défis et concluent que ces facteurs pourraient être surmontés avec le temps.

(QC433) Modèle de soins intégrés pour patients souffrant d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle

Bénéficiaire : CLSC Côte-des-Neiges

Contribution : 961 214 $

Ce projet pilote, s'appuyant sur les principes de la gestion thérapeutique et de la santé de la population, a réalisé l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'une stratégie permettant d'améliorer les services offerts aux diabétiques du quartier montréalais Côte-des-Neiges, qui comprend une vaste gamme de groupes culturels et socio-économiques. La stratégie retenue impliquait le suivi systématique des patients, la coordination des services, la formation permanente du personnel médical dans le cadre de pratiques cliniques exemplaires, la promotion des soins auto-administrés chez les patients et la mobilisation des ressources communautaires. Les auteurs rapportent l'utilisation accrue des équipes multidisciplinaires centrées sur les médecins de famille. Les patients ont amélioré leurs connaissances relatives à leur maladie et leur capacité à gérer leurs propres soins. Les auteurs recommandent l'élaboration d'une politique couvrant la gestion des maladies chroniques, notamment en ce qui a trait à la rémunération des médecins et au renforcement des réseaux de médecins de famille, mais ils signalent que peu de résultats probants appuient le rendement réel des services intégrés. Leur propre évaluation se concentre sur la démarche de mise en œuvre.

(SK321) Divers rôles des femmes dans l'économie agricole et les conséquences de ces rôles pour leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie

Bénéficiaire : University of Regina

Contribution : 13 928 $

Cette étude jette un regard global sur les enjeux relatifs aux agricultrices de la Saskatchewan. Les chercheurs ont réalisé une enquête auprès de 717 agricultrices et des entrevues auprès de professionnels avertis; ils suggèrent que des facteurs particuliers donnent naissance à des préoccupations de santé qui sont propres à ce groupe, comme le stress, les contraintes financières, les charges de travail élevées, l'isolement et l'utilisation de produits chimiques. L'étude s'est intéressée à une vaste gamme d'enjeux pour les agricultrices, des concepts du féminisme aux activités de loisirs en passant par les habitudes en matière d'exercice physique.

(SK325) Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture

Bénéficiaire : Midwest District Health

Contribution : 82 681,32 $

Ce projet avait pour but de réduire l'incidence des maladies et des accidents professionnels chez les agriculteurs du Midwest District de la Saskatchewan. Presque la moitié de la population active de cette région cite l'agriculture comme emploi primaire. Le projet a embauché une infirmière autorisée qui a offert des services de dépistage et d'éducation sanitaires à 159 agriculteurs à l'échelle du district en parcourant ce dernier dans une unité mobile de santé et de sécurité. Les participants y passaient une épreuve fonctionnelle respiratoire, un test auditif, des évaluations du dos et des articulations et des évaluations relatives au stress. L'infirmière a également donné un enseignement personnalisé et a aiguillé les sujets vers d'autres professionnels de la santé lorsqu'il le fallait. On encourageait les agriculteurs à dégager les risques pour leur propre santé et à prendre des mesures en vue de les réduire. Ce projet a été bien accueilli par les agriculteurs participants et ils étaient nombreux à dire que le programme les avait amenés à changer leurs pratiques de travail afin de réduire les risques et d'améliorer leur santé. Presque tous ont ajouté qu'ils conseilleraient le programme à autrui et que l'approche mobile des soins était plus efficace que ce qui avait été fait jusque-là. Un nombre important de participants a été aiguillé vers des spécialistes.

(SK326) Programme enrichi de réadaptation en milieu rural

Bénéficiaire : Assiniboine Valley Health District

Contribution : 177 513 $

Ce projet visait à améliorer les services de réadaptation dans le Assiniboine Valley Health District en faisant appel à trois physiothérapeutes auxiliaires à temps plein qui travaillaient aux côtés de deux physiothérapeutes eux aussi à temps plein. Les trois physiothérapeutes auxiliaires ont été embauchés à un salaire moindre que celui des physiothérapeutes en titre pour s'occuper de diverses tâches dont le travail de bureau, l'enseignement aux patients et la conduite de cures de mouvements. Une évaluation interne a

conclu que le nombre de patients recevant un traitement et la fréquence des traitements avaient augmenté tandis que la durée d'hospitalisation des patients avait, elle, diminué. De plus, il y avait une baisse du nombre de blessures au dos, aux épaules et au cou chez les professionnels des soins de santé et du nombre de chutes chez les patients. Toutefois, l'étude a également découvert que les patients devaient attendre plus longtemps les services de physiothérapie, une situation qui, selon les chercheurs, était due à l'accroissement des renvois par les médecins convaincus que le système pouvait répondre aux besoins.

(SK327) Programme de services aux survivants : projet pilote proposé pour un modèle de prestation intégrée de services à des femmes ayant subi des sévices sexuels dans leur enfance

Bénéficiaire : Tamara's House Services for Sexual Abuse Survivors Inc.

Contribution : 151 000 $

Cette évaluation de trois thérapies non conventionnelles a été réalisée par Tamara House de Saskatoon – une halte-accueil communautaire à but non lucratif pour les survivantes de la violence sexuelle. Il s'agissait de : Aroma-Massage – massage alliant des huiles essentielles et une ambiance musicale; Reiki – stimulation des méridiens pour libérer l'énergie bloquée; Approches corporelles et psychodrame – traitement de défoulement. Près de la moitié des participantes ont également continué à recevoir un soutien thérapeutique de la part de conseillères ou de groupes d'entraide. Des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies auprès d'évaluateurs de l'extérieur, de praticiens et de participantes. Les participantes à l'étude s'enthousiasmaient pour ces trois thérapies parallèles.

(SK330) Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé

Bénéficiaire : University of Saskatchewan

Contribution : 318 726 $

Cette étude cherchait à apprendre comment faire passer la prestation des services de santé dans les centres-villes d'un modèle « biomédical » conventionnel à un modèle soulignant les services intégrés, la prévention, les soins de courte durée, les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Un projet pilote de recherche à « participation élevée » a été mis en place dans le centre-ville de Regina et de Saskatoon, où les taux de maladies chroniques augmentent rapidement, où l'utilisation du service des urgences est forte, et où les clients sont fréquemment réfractaires aux conseils médicaux. Des personnes appartenant aux collectivités visées ont mis au point et administré un sondage relatif à la santé, et cette méthodologie « d'intervention de nature transformationnelle » a engendré un très haut degré de réponse au questionnaire : 94 pour cent à Saskatoon et 57 pour cent à Regina (où des modifications effectuées par le district de santé ont enlevé au projet une partie de sa nature communautaire). En outre, les clients ont cerné des lacunes et des chevauchements dans les services fournis par le système formel et par les organismes à but non lucratif de Saskatoon et ont mis sur pied un forum mensuel sur la santé qui fait de la sensibilisation sur les préoccupations communautaires. L'étude a déjà eu des répercutions pratiques : ainsi, les autorités municipales ont procédé à de rapides améliorations physiques (p. ex celle de l'éclairage des voies publiques), mais il est encore trop tôt pour déterminer s'il y a eu un virage vers la prévention en matière de santé.

(SK331) Suivi de l'impact des services de santé familiaux offerts aux familles à faible revenu

Bénéficiaire : Saskatchewan Social Services

Contribution : 113 345 $

Cette étude examinait l'utilisation que faisaient des familles assistées et des familles de travailleurs à faible revenu d'un programme provincial de prestations de santé et la manière dont un changement des formes de protection modifiait l'utilisation des services de santé. Le plan Family Health Benefits (FHB) est un régime de santé complémentaire que la Saskatchewan a lancé en juillet 1998 et qui vise à réduire, chez les familles à faible revenu, l'impact financier des services de santé aux enfants et d'empêcher que les coûts de santé éventuels n'interdisent aux parents de rechercher un emploi. Dans le cadre du FHB, des familles de travailleurs à faible revenu reçoivent plusieurs prestations de santé qui étaient jusque-là réservées aux familles assistées. On a passé en revue trois services : chiropractie, médicaments d'ordonnance et optométrie. Dans l'ensemble, l'étude a déterminé que les familles assistées utilisaient davantage les services de santé que les nouveaux prestataires du programme FHB conçu pour les travailleurs à faible revenu.

(SK334) Évaluation du programme de développement : Centre santé-reproduction axé sur les jeunes de Planned Parenthood

Bénéficiaire : University of Regina

Contribution : 166 665 $

Ce rapport constituait une évaluation du Centre santé-reproduction que Planned Parenthood exploite à Regina et qui a vu sa clientèle annuelle quadrupler en cinq ans. Quoique l'étude ait constaté que la majorité des médecins et des conseillers (soit plus de 80 pour cent) de la région étaient au courant de son existence, ils étaient seulement un peu plus de 50 % à connaître l'éventail complet des services proposés. Les adolescents, eux, y avaient été encore moins sensibilisés : 31 pour cent d'eux n'en avaient « jamais entendu parler » et 80 pour cent ne savaient pas où il se trouvait. Cependant, une enquête a confirmé que le centre s'était taillé une image positive auprès de ses utilisateurs grâce à la bienveillance et à la confidentialité des soins et à la rentabilité des services. Les résultats de l'étude (p. ex. arrivés en 12e année, 44 pour cent de tous les élèves ont eu des rapports sexuels et la majorité d'eux étaient peu au courant de la meilleure méthode de prévention de la grossesse et des maladies transmises sexuellement) démontrent qu'il faut continuer de mettre l'accent sur l'éducation en matière de santé-sexualité.

(NF301) Projet d'amélioration des soins de santé primaires

Bénéficiaire : Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador

Contribution : 2 181 823 $

Ce projet a évalué le Primary Health Care Enhancement Project (PHCEP) de Terre-Neuve, dans trois sites ruraux de la province. Le PHCEP, une initiative de la province de Terre-Neuve et du Labrador qui était financée conjointement par elle et le FASS, s'intéressait à trois problèmes de santé rurale urgents : le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé, la continuité des soins; le passage à un modèle de soins primaires. Les problèmes de recrutement et de maintien en poste ont été abordés par le biais de services médicaux multidisciplinaires et d'unités d'enseignement à chaque site. On a réglé le problème de la continuité des soins en créant des postes d'infirmières praticiennes. La troisième composante était l'utilisation de matériel de vidéoconférence pour les consultations cliniques, la diffusion d'information relative à la santé et les possibilités de perfectionnement professionnel.